Aus dem Institut für Sozialmedizin

der Ruhr- Universität Bochum

(Direktor Prof. Dr. H. Viefhues)

Evaluation der deutschsprachigen medizinischen Literatur von 1962 bis 1979 über die Epidemiologie und die Konfliktfelder im Gesundheitsverhalten ausländischer Arbeitnehmer in der Bundesrepublik

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung des Doktorgrades der Medizin

einer

Hohen Medizinischen Fakultät

der Ruhr-Universität zu Bochum

vorgelegt von

Jürgen Mehle

aus Königs-Wusterhausen

1981

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544708_0009

Aus dem Institut für Sozialmedizin

der Ruhr- Universität Bochum

(Direktor Prof. Dr. H. Viefhues)

Evaluation der deutschsprachigen medizinischen Literatur von 1962 bis 1979 über die Epidemiologie und die Konfliktfelder im Gesundheitsverhalten ausländischer Arbeitnehmer in der Bundesrepublik

I n a u g u r a l - D i s s e r t a t i o n

zur

Erlangung des Doktorgrades der Medizin

einer

Hohen Medizinischen Fakultät

der Ruhr- Universität zu Bochum

vorgelegt von

Jürgen Mehle

aus Königs- Wusterhausen

1 9 8 1

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Dekan: Prof. Dr. H. Viefhues

Referent: Prof. Dr. H. Viefhues

Korreferent: Prof. Dr. G. Reichel

Tag der mündlichen Prüfung: 26.8.81

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1. Einleitung	1
2. Aufgabenstellung und Methodik	2
3. Aufgaben und Tätigkeit der medizinischen Kommissionen der Bundesanstalt für Arbeit in den Anwerbeländern	3
4. Gesundheitliche Probleme der Gastarbeiter, dargestellt anhand der vorliegenden Literatur, unter besonderer Berücksichtigung der Methodik der Autoren und der Aussagefähigkeit kausaler Zusammenhänge zwischen soziokulturellem Strukturwandel und Morbidität	
a.) Der Gastarbeiter in der Praxis, in der Klinik, beim Werkarzt und beim Vertrauensärztlichen Dienst	9
b.) Das Ulkus der Gastarbeiter	26
c.) Psychische Erkrankungen	38
d.) Infektionskrankheiten und parasitäre Erkrankungen	53
e.) Blutdruckverhalten und funktionelle Beschwerden	68
f.) Orthopädische Erkrankungen und Osteomalazie	72
g.) Ophthalmologische Erkrankungen	75
h.) Stomatologische Behandlungsprobleme	75
i.) Gynäkologische und geburtshilfliche Aspekte bei Gastarbeiterinnen	76
j.) Gesundheitliche Aspekte bei Gastarbeiterkindern und Jugendlichen aus Gastarbeiterfamilien	82
5. Diskussion	86
6. Zusammenfassung	92
7. Literaturverzeichnis	93

1. Einleitung

Betrachtet man die Entwicklung der Ausländerbeschäftigung in der Bundesrepublik Deutschland seit 1955, zeigt sich ein zunächst allmählicher, doch seit Beginn der sechziger Jahre fulminanter Anstieg der Zahl ausländischer Arbeitnehmer bis zum Anwerbestopp im Jahr 1973.[1] Kurzfristig unterbrochen wurde diese kontinuierliche Entwicklung in den Rezessionsjahren 1967 und 1968. Nach 1973 pendelte sich die Zahl ausländischer Beschäftigter im Bundesgebiet und Westberlin auf etwa 1,8 Millionen im Jahre 1978 ein. (Tab. 1)

1955	79 607
1960	329 356
1965	1 216 804
1970	1 948 951
1973	2 346 800
1979	1 869 294

Tab. 1 Entwicklung der Beschäftigungszahlen ausländischer Arbeitnehmer in der Bundesrepublik Deutschland. (15)(16)

Die gleiche Entwicklungstendenz vollzog sich auch in Österreich und in der Schweiz. In Österreich waren 1977 198 000[2] und in der Schweiz 1972 etwa 900 000 (30) ausländische Arbeitnehmer registriert. Hinsichtlich der Herkunftsländer ergeben sich in den Aufnahmeländern Deutschland, Österreich und Schweiz wesentliche Unterschiede.
In der Bundesrepublik stellen seit 1973 die Türken die größte Nationalitätengruppe, gefolgt von den Jugoslawen, Italienern und Griechen (16). In Österreich fällt neben der Hauptgruppe der Jugoslawen nur eine quantitativ kleine Gruppe der Türken statistisch ins Gewicht, während in der Schweiz die Italiener absolut dominieren, gefolgt von den

[1] Der Anwerbestopp erfolgte am 23.11.73.
[2] (51) S. 180

Spaniern und kleineren Gruppen von Jugoslawen und Türken (30).

Mit dem Anwerbestopp und der politischen Abkehr der Bundesregierung vom Rotations- zum Integrationsprinzip im Gastland Bundesrepublik Deutschland haben sich einige Rahmenbedingungen für ausl. Arbeitnehmer wesentlich geändert. Während das Rotationsprinzip einen zeitlich befristeten Aufenthalt mit anschließendem Austausch vorsah, beinhaltet die Integration die Eingliederung des Ausländers in Staat und Gesellschaft der Bundesrepublik.

Seit Mitte der sechziger Jahre sind im deutschsprachigem Schrifttum zahlreiche Publikationen vieler medizinischer Fachbereiche erschienen, die sich mit den Gesundheitsproblemen der Zielgruppe ausländische Arbeitnehmer befassen. Differenziert man diese Literatur hinsichtlich ihrer Problemthematik, so lassen sich grob drei große Themenkreise erkennen:

1. Allgemeine, soziale und daraus zu erwartende gesundheitliche Probleme ausländischer Arbeitnehmer in Verbindung mit den veränderten Anforderungen an die Gesundheits- und Sozialeinrichtungen der Aufnahmeländer,
2. die seuchenhygienische Bedeutung der Gastarbeiterzuwanderung für die Population der Aufnahmeländer
und
3. Versuche epidemiologischer Studien, die sich mit dem Kausalzusammenhang zwischen soziokulturellem Strukturwandel und Morbidität ausländischer Arbeitnehmer auseinandersetzen.

Quantitativ überwiegen in der Literaturauswahl die Themen der beiden ersten Gruppen. Eine exakte zahlenmäßige Wichtung ist wegen der Überschneidung der Themenkreise und der fraglichen Repräsentanz der vorliegenden Literatur unzulässig.

2. Aufgabenstellung und Methodik

Bei der Beschäftigung mit der Literatur der sozialen und medizinischen Aspekte der Gastarbeiterproblematik fällt auf, daß nur selten wissenschaftlich differenzierte Argumente zum Einsatz kommen. Stereotype Meinungen, unzulässige Wertungen und eigenwillige Interpretationen sind häufig anzu-

treffen. Anspruchsvolle epidemiologische Studien, die gleichermaßen geeignet sind die vorliegende Problematik wissenschaftlich zu erfassen und mit anderen Arbeiten vergleichbar zu machen, stellen die Ausnahme dar.
Die vorliegende Arbeit will anhand der Literatur versuchen den derzeitigen Wissensstand zu den wichtigsten Themen der medizinischen Gastarbeiterproblematik zusammenfassend darzustellen und kritisch zu würdigen. Einen besonderen Raum soll dabei die Diskussion der angewandten Methodik der Autoren hinsichtlich der Aussagefähigkeit zwischen soziokulturellem Strukturwandel und Morbidität einnehmen. Soweit vorhanden werden die Ergebnisse deutscher Arbeiten mit den in Österreich und der Schweiz verglichen. Zum Themenkreis Ulcus der Gastarbeiter wurde eine eigene retrospektive Studie auf der Basis einer werksärztlichen Probandenkartei angefertigt. Die verwandte Literatur umfaßt den Zeitraum von März 1961 - Mai 1980.

3. Die Aufgaben und die Tätigkeit der medizinischen Kommissionen der Bundesanstalt für Arbeit in den Anwerbeländern

Bevor im Einzelnen auf die Problematik eingegangen wird, erscheint mir eine kurze Abhandlung der Tätigkeit der medizinischen Kommissionen der Bundesanstalt für Arbeit unumgänglich, weil die Kenntnis der Auswahlkriterien und des Umfanges der Untersuchungen in den Anwerbeländern kennzeichnend für den Grad der medizinischen Selektion des Hauptteiles der ausländischen Arbeitnehmergruppe ist.
Grundsätzlich gab es bis zum Anwerbestopp vier Wege zur Arbeitsaufnahme nach Deutschland (57)(43):
1. Über die Anwerbung und Vermittlung der Auslandsdienststellen der Bundesanstalt für Arbeit auf der Grundlage bilateraler Vereinbarungen mit Italien (1955), Spanien (1960), Griechenland (1961), der Türkei (1961), Portugal (1964), Jugoslawien (1968), Tunesien (1970) und Marokko (1971).
Über die organisierte Vermittlung reiste der Hauptteil der ausländischen Arbeitnehmer in die Bundesrepublik ein.

1971 machte dieser Anteil fast 70% aus (57).
2. Auf dem sogenannten " zweiten Weg " mit Visum der zuständigen deutschen konsularischen Vertretung in den Heimatländern auf der Grundlage einer vorläufigen Aufenthalts- und Arbeitserlaubnis.
3. Auf Grund der Freizügigkeit nach Artikel 48/49 des EWG-Vertrages für Angehörige aus EWG- Mitgliedsstaaten.
4. Die Einreise als " Tourist " mit nachträglicher Beantragung von Aufenthalts- und Arbeitserlaubnis.
In Hinsicht auf die Thematik interessieren hier die medizinischen Auswahlgrundsätze und die angewandten Verfahren der in den Entsendeländern rekrutierten Arbeitnehmer.
Die Aufgabe des Ärztlichen Dienstes der Deutschen Delegation der Bundesanstalt für Arbeit läßt sich in zwei Gutachterfunktionen definieren (43)(65):

1. Die Feststellung der gesundheitlichen und konstitutionellen Eignung für eine bestimmte Tätigkeit und

2. die Aussonderung von Bewerbern, die auf Grund bestimmter körperlicher oder psychischer Erkrankungen eine nicht mehr vertretbare offensichtliche oder potentielle Belastung des deutschen Sozialversicherungssystems darstellen könnten.

Nach den Auswahlgrundsätzen waren Bewerber von der Vermittlung ausgeschlossen mit

1. Krankheiten und Gesundheitsstörungen, die das Zusammenleben mit anderen Personen erheblich beeinträchtigen (u.a. Hautkrankheiten, schwere körperliche Schäden, Entstellungen und Krankheiten und Störungen im psychischen Bereich);

2. Krankheiten und Gesundheitsstörungen, die eine z.Zt. laufende Behandlung erfordern;

3. Lungentuberkulosen aller Formen, ausgenommen Bewerber mit kleinem verkaltem Primärkomplex oder vereinzelten harten Herden in der Lunge;

4. anderen übertragbaren Krankheiten, insbesondere Geschlechtskrankheiten und für die Mittelmeerländer typische Infektionskrankheiten (u.a. Malaria, Trachom, Lepra und Orientbeule);

5. Krankheiten des Verdauungssystems, die sich durch Umstellung der Ernährung und der Lebensgewohnheiten verschlimmern können, wie Bewerber nach Magenresektion oder nach schwerer Bauchoperation (Ausnahme Zustand nach Appendektomie oder Herniotomie, wenn die Operation mindestens drei Monate zurückliegt);

6. Krankheiten und Leiden, die durch die klimatische Umstellung zu erheblichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen können;

7. Krankheiten und Schäden des Herzkreislaufsystems und des übrigen internen Bereichs, die die Leistungsfähigkeit einschränken und

8. die Leistungsfähigkeit einschränkende Störungen des Seh- und Hörvermögens.

9. Eine Gravidität bei Bewerberinnen stellte einen absoluten Ablehnungsgrund dar (57).

Für Bereiche der Wirtschaft, die besondere gesundheitliche Eignungsanforderungen stellten, wurden darüber hinaus die dafür geltenden Tauglichkeitsvorschriften angewandt (z.B. Bergbau, Seeschiffahrt und Bundesbahn).

Der Umfang der Untersuchungen beschränkte sich auf einen klinischen Status, bestehend aus der Beurteilung des Allgemeinzustandes, des Seh- und Hörvermögens, der Herz- und Lungenauskultation, einer otoskopischen Untersuchung, des Gebißstatus, der Untersuchung des Inguinalbereiches, der Inspektion der äußeren Genitalien bei männlichen Bewerbern, der Blutdruckmessung und einer Untersuchung des Bewegungsapparates mittels einiger gruppenweise durchgeführter Bewegungsübungen (Gruppenstärke 10, mitunter mehr)(65).

Außerdem wurde neben einer Röntgenaufnahme der Lunge ein Laborprogramm bestehend aus BSG, Urinuntersuchung auf Eiweiß, Zucker und Urobilinogen und Cardiolipintest zum Luesausschluß durchgeführt.

Im Bedarfsfall konnten von den Kommissionsärzten zusätzliche Untersuchungen zur weiteren Klärung eines medizinischen Sachverhaltes veranlaßt werden, soweit das aus regionalen, temporären und finanziellen Gründen möglich war (65).

Hinsichtlich der praktischen Durchführung gab es Unter-

schiede im Auswahlverfahren (zentrale Tätigkeit der Kommission in der Türkei, Griechenland, Italien, Portugal, Tunesien und Marokko; dezentrale Tätigkeit der Kommission in Spanien und Jugoslawien) und im Umfang der Leistungserbringung von einheimischen Ärzten und Laboreinrichtungen.
Die große sozialmedizinische Bedeutung der Auswahluntersuchungen wird verständlich wenn man bedenkt, daß bis Ende 1971 von insgesamt 2 265 000 Bewerbern 215 000 (= 9,5%) aus gesundheitlichen Gründen abgelehnt werden mußten (57). 1971 lag die Ablehnungsquote bei 14,6% mit Schwankungen von 3,9% in Portugal und 19,9% in der Türkei (57). 1973 betrug die Ablehnungsquote 13,1% mit Schwankungen von 5,0% in Portugal und Griechenland und 29,3% in Marokko (15). An der Spitze der Ablehnungsgründe standen 1971 die Röntgenbefunde der Lunge mit 41,1%, gefolgt von den " pathologischen Laborbefunden " mit 20,6%, den Schäden an den Sinnesorganen mit 11,2%, Schäden am Herz- Kreislaufsystem mit 8,3% und Schäden des Bewegungsapparates, die 5,1% ausmachten (57).
Von Interesse ist die vergleichende Darstellung der Ablehnungsgründe in den einzelnen Anwerbeländern. Diesen Vergleich zeigt Tabelle 2 für das Jahr 1973, in dem insgesamt 291 000 Bewerber durch die Dienststellen der Bundesanstalt für Arbeit untersucht wurden (15).

Ablehnungsgrund	Italien	Spanien	Griech-enland	Türkei	Portugal	Jugos-lawien	Tunesien	Marokko
Röntgenolog. nachgewies. Lungenveränderungen	12,1%	82,2%	30,7%	26,2%	29,1%	35,8%	25,4%	61,0%
Patholog. Laborbefunde	31,8%		12,3%	29,5%	13,5%			8,4%
Schäden der Sinnesorgane	14,9%	4,0%	19,5%	12,1%	15,0%	14,7%	25,1%	5,0%
Störungen der Herz-Kreislauffunktion	6,9%			6,2%	13,9%	12,8%	x	
Schäden am Stütz- und Bewegungsapparat	7,3%	4,9%		7,6%		6,6%	x	
Schäden der Bauch- und Geschlechtsorgane	9,4%	3,2%	7,9%	5,0%			x	
Schwächlicher Allgemeinzustand u. Bindegewebss.			10,0%		7,2%	8,4%		
Sonst. Krankh. u. Mängel								10,0%
Zahl der Untersuchten	4400	31200	5300	129400	30100	84000	3000	3500
Ablehnungsquote	12,8%	10,2%	5,0%	17,3%	5,0%	15,2%	10,3%	29,3%

Tab. 2 Prozentuale Ablehnungsgründe 1973 in den einzelnen Anwerbeländern
Anmerkung: Die Ablehnungsgr. in den weißen Feldern liegen unter 5%
x = wichtige Ablehnungsgr. ohne genaue Zahlenangaben

(15)

Übereinstimmend beurteilen alle Autoren das praktizierte Auswahlverfahren nach einheitlichen Richtlinien als sinnvoll und praktikabel (43)(56)(65). Kritik wurde an den mangelnden diagnostischen Differenzierungsmöglichkeiten (43)(65), an dem geringen Spielraum einer individuellen Beurteilung des einzelnen Bewerbers, wie auch an der Starrheit der Auswahlgrundsätze selbst (65) und an der teilweise zentralen Nachsichtung der Lungenaufnahmen (56) geäußert.
Alle nicht über die organisierte Anwerbung und Vermittlung eingereisten Arbeitnehmer benötigen zur Erlangung der Aufenthaltserlaubnis eine ärztliche Unbedenklichkeitsbescheinigung. Unheitlich ist in den einzelnen Bundesländern der öffentliche Gesundheitsdienst oder jeder praktizierende Arzt zur Vornahme der Untersuchungen autorisiert. Hinsichtlich des Untersuchungsumfanges existieren ebenfalls länderspezifische Unterschiede (56). Angehörigen der EWG- Mitgliedsstaaten darf die Einreise oder die Aufenthaltserlaubnis nur bei Vorliegen einer Krankheit gem. §3 des Bundesseuchengesetzes oder einer Geschlechtskrankheit im Sinne des §1 des Gesetzes zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten, Suchtkrankheit sowie einer schweren geistigen oder seelischen Störung verweigert werden (56).
Für Österreich und für die Schweiz treffen vom Umfang und Inhalt der gesundheitlichen Selektion ausländischer Arbeitnehmer etwa die deutschen Vorgehensweisen des sog. 2. Weges zu. Die Untersuchungen dazu finden nach erfolgter Immigration statt. Die Schweizer bedienen sich dabei ihres Grenzsanitätsdienstes (88). In Österreich beschränkt man sich bei Jugoslawen, Türken und Spaniern auf ein Gesundheitszeugnis der Gesundheitsbehörden der Herkunftsländer, daß bei Grenzübertritt nicht älter als 14 Tage sein darf (129).

4. Gesundheitliche Probleme der Gastarbeiter, dargestellt anhand der vorliegenden Literatur unter besonderer Berücksichtigung der Methodik der Autoren und der Aussagefähigkeit zwischen soziokulturellem Strukturwandel und Morbidität

a.) Der Gastarbeiter in der Praxis, in der Klinik, beim Werkarzt und beim Vertrauensärztlichen Dienst

Obwohl die medizinische Basisversorgung ausländischer Arbeitnehmer einen breiten Raum in der Literatur einnimmt, soll diese Thematik nur kurz gestreift werden, weil hier nur wenig wissenschaftlich differenzierte Eindrücke vermittelt werden. In diesem Zusammenhang fällt besonders auf, wie schnell aus häufig zitierten Eindrücken " Fakten " werden. Beklagenswert ist die Tatsache, daß grade auf der Ebene der ärztlichen Primärversorgung, die doch für Aussagen über Gesundheits- und Krankheitsverhalten disponiert scheint, keine epidemiologischen Studien vorliegen. Die Erklärung dafür liegt wohl nicht am mangelndem Probleminteresse, sondern in der Organisation unseres Gesundheitssystems.
Die Probleme in der Praxis können sich bereits im Wartezimmer durch Konfrontation zwischen Ausländern und Einheimischen ergeben. Benachteiligungsgefühle einerseits und ablehnende Haltung anderseits, können die Atmosphäre prägen (123) (125). Hauptproblem dürfte nach wie vor die mangelnde sprachliche Verständigung sein, die Diagnostik und Therapie erschwert und zur schnelleren Einweisung in die Klinik führt (22). Eng damit verbunden ist eine oft " demonstrative theatralische Darstellung der Beschwerden, die man häufig bei Südländern antrifft " (125). Insgesamt schätzt SEDLACZEK (125) die Simulations- und Aggravationsneigung bei Ausländern nicht höher als bei Einheimischen ein. Das sich aus den anderen epidemiologischen Verhältnissen der Herkunftsländer differentialdiagnostische Probleme hinsichtlich bei uns weniger oder nicht bekannter Krankheiten ergeben, sei erwähnt.

STERLY (110)(130) wies darauf hin, daß jede Kultur das Gesundheits- und Krankheitsverhalten ihrer Angehörigen determiniert. Lebensgewohnheiten und Krankheitserwartungen können sich auf die Krankheits- und Gesundheitssituation günstig oder ungünstig auswirken. Die Erscheinungsformen derselben Krankheit und der Krankheitswert derselben Symptome können spezifisch völlig unterschiedlich sein in den verschiedenen Kulturen. Der Wechsel der Kultur oder der kulturellen Bedingungen kann auch einen Einfluß auf die Art und Häufigkeit des Auftretens der kulturspezifischen Krankheitserscheinungen ausüben. Beim Wechsel des Menschen in eine andere Kultur, hängt seine Gesundheit nicht unwesentlich von der Fähigkeit und Möglichkeit ab, sein Gesundheitsverhalten an die neuen, veränderten kulturspezifischen Bedingungen anzupassen. Wesentliche Komponenten sind Körperpflege, Wohnverhältnisse, Kleidungs- und Ernährungsgewohnheiten, Sexualverhalten, Bewegungs- und Ruheverhalten. Daraus resultiert, daß sich krank darstellende ausländische Arbeitnehmer in ihrem Krankheits- und Gesundheitsmuster nicht an den Kriterien einheimischer Patienten gemessen werden können.

Andere wesentliche Determinanten in Hinsicht auf das Gesundheitsverhalten sind Bildungsniveau und soziale Lage (141). Hypothetische Aussagen dazu sind: " Je niedriger die soziokulturelle Lage, um so mehr werden Gesundheit und Krankheit als etwas Gegebens gesehen. Je höher die soziale Lage, um so niedriger die Krankheitsrate, um so größer die Aufgeschlossenheit gegenüber Präventivmaßnahmen und um so größer die Symptomaufmerksamkeit ". Die mangelnde Teilnahme ausländischer Arbeitnehmer und ihrer Familienmitglieder an den Krebsvorsorgeuntersuchungen für Männer und Frauen (125) bestätigen die Hypothese, wie auch Beteiligungen an Vorsorgemaßnahmen in der Schwangerschaft, im Säuglings- und Kindesalter, wie später noch ausgeführt wird. Eine exakte zahlenmäßige Aussage dazu bleibt aber den Krankenkassen auf der Basis der Leistungsansprüche und der in Anspruch genommenen Leistungen vorbehalten.

Die folgenden häufig beobachteten Erkrankungen der Gastar-

beiter in der Praxis erfolgten ohne Zahlenangaben. SEDLACZEK (125) beobachtete eine vermehrte Anfälligkeit gegenüber Erkältungsinfekten, vermehrt Anämien, mitunter Sonderformen wie die Thallassämie, Störungen im Verdauungssystem mit besonderer Häufigkeit des Ulcusleidens, Zunahme der Gonorrhoe sowie Erkrankungen des Stütz- und Bewegungssystems.
SCHOLZ (117) stellt in Anlehnung an SEDLACZEK eine Beziehung zwischen Erkrankung und Aufenthaltsdauer her. Im ersten Jahr sollen danach in der Erkrankungshäufigkeit " stürmische vegetative Reaktionen " meist in Form massiver Kreislaufstörungen im Vordergrund stehen, im zweiten Jahr überwiegen Magen- Darmkrankheiten, am häufigsten Zwölffingerdarmgeschwüre. Im dritten Jahr gleichen sich die Erscheinungsformen der Krankheiten denen der einheimischen Bevölkerung an.
Ähnlich vermutet HÄUSSLER (46) in der Anpassungsphase, nach Anpassungsgrad und individueller Konstitution verschieden starke Reaktionen, die sich von der Kreislaufstörung bis zum Ulcus duodeni und von der Schlafstörung bis zum Potenzverlust äußern.
FERNEX (30) berichtet in einer Studie der medizinischen Poliklinik Basel, daß durch konsultierende Gastarbeiter ein starker Anstieg von Myalgien, Athralgien und Lumbago sowie gastrointestinaler Beschwerden und Kolitiden konstatiert wurde. Methodische Aussagen fehlen. Der wissenschaftliche Wert solcher Ergebnisse muß daher als sehr fragwürdig angesehen werden. Auch die Krankenstandsangaben der Stichtagstatistiken der deutschen Verbindungsstelle für ausländische Arbeitnehmer können weder quantitative noch qualitative Angaben über die Morbidität ausländischer Arbeitnehmer machen. Sie zeigen lediglich auf, daß dieser Versichertenkreis die Krankenkassen nicht wesentlich stärker in Anspruch nimmt als ihre deutschen Kollegen (110).
Tab. 3 zeigt den Krankenstand in %,der in jeder Gruppe erfaßten Versicherten für die Jahre 1970- 1973[1] auf (14).

[1] längere Reihen liegen in der Literatur nicht vor

Tab. 3 Der Krankenstand in der BR Deutschland 1970 - 1973 in % (14)

Stichtag 1. Oktober	Versicherte insg.	ausländische Nationalitäten						
		insg.	davon					
			Italien.	Griechen	Spanier	Türken	Jugosl.	Portug.
1970 insg.	5,34	5,45	5,70	5,34	5,54	6,23	4,75	3,87
Männer	5,33	5,40	5,51	5,50	5,51	6,06	4,74	3,94
Frauen	5,37	5,59	6,49	5,10	5,65	6,96	4,78	3,70
1971 insg.	5,44	5,38	6,21	5,47	5,20	5,59	4,61	3,63
Männer	5,46	5,33	6,17	5,43	5,18	5,47	4,46	3,76
Frauen	5,39	5,55	6,35	5,53	5,25	6,13	5,01	3,27
1972 insg.	5,39	5,53	6,08	5,89	6,44	5,70	4,43	3,49
Männer	5,45	5,52	5,85	6,28	6,54	5,63	4,32	3,56
Frauen	5,27	5,55	6,87	5,31	6,16	6,01	4,66	3,30
1973 insg.	6,22	6,22	7,00	7,03	7,29	6,59	5,35	3,89
Männer	6,22	6,29	6,69	7,21	7,38	6,51	4,95	3,81
Frauen	6,22	6,76	8,00	6,79	7,03	6,84	6,21	4,09

Die gegenüber den Pflichtversicherten insgesamt etwas höhere Krankenquote der ausländischen Arbeitnehmer überrascht, da diese eine wesentlich günstigere Altersstruktur aufweisen, als die Gesamtheit der Erwerbstätigen. Hinzu kommt, daß der größte Teil der Bewerber bezüglich ihrer gesundheitlichen Eignung für die vorgesehene Tätigkeit einer eingehenden Untersuchung durch die Auslandsdienststellen der Bundesanstalt für Arbeit unterzogen wurde. Zum Teil erklärt sich die größere Krankenquote der Ausländer damit, daß die Repräsentativstatistik über den Krankenstand auch den Krankenstand der Angestellten erfaßt, der erfahrungsgemäß erheblich unter dem der Arbeiter liegt. In der Gruppe der Angestellten sind die ausländischen Arbeitnehmer der genannten Nationalitätengruppen kaum vertreten (15).
Erstaunlich groß ist die Schwankungsbreite der Krankenquoten zwischen den einzelnen Nationalitäten. Ein Zusammenhang mit der Aufteilung in den verschiedenen Wirtschaftsbereichen mit unterschiedlichen Arbeitsbedingungen ist anzunehmen (15).
Unabhängig davon tritt hier die Inhomogenität der Gruppe ausländische Arbeitnehmer zu Tage und zeigt die Unzulässigkeit einer pauschalen Betrachtungsweise hinsichtlich ihres Gesundheits- und Krankheitsverhaltens auf.
Eine generell höhere Anfälligkeit ausländischer Arbeitnehmer für Krankheiten kann aus den oben dargestellten Zahlen nicht abgeleitet werden, da hier nur ein momentaner Wert statistisch erfaßt wurde. Entsprechende Erhebungsergebnisse vom Januar 1972 und 1973 wiesen sowohl für ausländische Männer wie auch für ausländische Frauen niedrigere Krankenquoten als für deutsche Pflichtversicherte aus (15).
Betrachtet man noch einmal die Altersstruktur des Jahres 1972 so zeigt sich, daß der Hauptteil der ausländischen Versicherten zwischen 25 und 35 Jahre alt war. Das läßt es sinnvoll erscheinen den indirekten altersstandardisierten Krankenstand zu errechnen. Man versteht darunter den Krankenstand, den man erwarten würde, wenn die Versicherten der betreffenden Nationalitäten die gleiche Altersstruktur wie die deutschen Versicherten aufweisen würden.

Aus dem Verhältnis des beobachteten zum erwartetem Krankenstand x 100 ergibt sich das kritische Verhältnis. Es zeigt die durch die Altersstruktur bedingte Abweichung des beobachteten vom erwartetem Krankenstand in Prozent. Ein kritisches Verhältnis über 100% bedeutet, daß die betreffende Versichertengruppe häufiger krank geschrieben wird, als auf Grund ihrer jüngeren Altersstruktur zu erwarten wäre, setzt man den Krankenstand der Gesamtpopulation (deutsche und ausländische Versicherte) als Maßstab (111).

Tab. 4 Altersstandardisierung der Krankenstandszahlen der männlichen ausländischen Arbeitnehmer und das kritische Verhältnis für die Stichprobenerhebung vom 1.10.72 (111).

	ITALIENER	SPANIER	GRIECHEN	TÜRKEN	JUGOS-LAWEN	PORTU-GIESEN	AUSL. gesamt	DEUTSCHE und AUSL. gesamt
beobachteter Krankenstand	5,85	6,54	6,28	5,63	4,32	3,56	5,52	5,45
erwarteter Krankenstand	5,16	5,22	5,14	5,08	5,18	5,08	5,09	
kritisches Verhältnis	113	125	122	111	83	65	108	

alle Angaben in %

Wie die Ergebnisse auch hier zeigen werden die ausländischen Arbeitnehmer insgesamt gesehen häufiger krank geschrieben. Desweiteren wird auch deutlich, daß die scheinbar geringen Unterschiede zwischen dem Krankenstand der ausländischen und der deutschen Versicherten nach durchgeführter Altersstandardisierung de facto viel erheblicher sind (111). Dennoch darf das nicht zu Fehlinterpretationen führen. Der Krankenstand kann nur Auskunft über das ärztlich legalisierte Fernbleiben von der Arbeit vermitteln, die Ursachen

dafür bleiben verborgen. Aufschluß über das Krankheitsverhalten im Gastland kann nur der transkulturelle Vergleich bringen. Trotz aller statistischen Einwände muß eine Reihe von Einflüssen diskutiert werden, die die Gastarbeitermorbidität negativ beeinflußen können:

Die Migration bringt in vielen Fällen eine jahrelange Lösung aus der Geborgenheit der Familie und der vertrauten Umgebung mit sich. Die Bedeutung der Familie in den südeuropäischen Staaten ist hinlänglich bekannt. Damit verbunden ist ein Strukturwechsel aus einer meist ländlichen Kultur in die hochindustrialisierte Kultur Westeuropas. Allein dieser Umstand erfordert eine Anpassungsfähigkeit, die den Einzelnen überfordern kann. Hinzu kommen eine Reihe untrainierter Belastungen, die aus der neuen und ungewohnten Tätigkeit im Gastland resultieren. Der überwiegende Einsatz in angelernte Arbeiten oder Hilfsarbeiten bringt häufig Belastungen durch schwere körperliche Arbeit, Fließbandarbeit oder andere taktgebundene Arbeit mit monotonen Ablaufphasen und einem hohen Maß an erforderlicher Arbeitsdisziplin und Arbeitsökonomie mit sich. Akkordbewertung und Einsatz im Schichtsystem oder kontinuierlicher Arbeit, Arbeitserschwernisse wie Lärm, Staub, Hitze und der Umgang mit gefährlichen Arbeitsstoffen, die das Tragen von Arbeitsschutzmittel erforderlich machen, belasten weiterhin.

Veränderte klimatische Verhältnisse, wie auch veränderte Ernährungsgewohnheiten verlangen ebenso ein Adaptation, wie die häufige Unterbringung mit mehreren Landsleuten in eine nicht immer den Anforderungen entsprechende Unterkunft. Auf die Kommunikationsprobleme durch mangelnde Sprachkenntnisse des Gastlandes wurde schon hingewiesen. Von Nachteil auf den Integrationsprozeß ist sicher auch die Ignoranz und ablehnende Haltung eines großen Teiles der Bevölkerung gegenüber ausländischen Arbeitnehmern, deren Abbau ein breites Betätigungsfeld für die Massenmedien bietet.[1]

[1] Das Ergebnis einer Allensbach- Studie im Juli 1974 zeigte, daß 26% der Befragten eine gute Meinung von Gastarbeitern in der Bundesrepublik hatten, 18% hatten keine gute Meinung und 48% hatten eine gemischte Meinung. 42% der Befragten

Während die meisten Adaptationerfordernisse Schwellenprobleme sind, deren Relevanz in der heutigen Phase mit Recht angezweifelt werden muß, bleibt die Belastung am Arbeitsplatz, basierend auf der Beschäftigungsstruktur ausländischer Arbeitnehmer eine Tatsache, die man sich bei jeder Morbiditätsstudie vor Augen führen muß. Die statistische Vergleichsgruppe Gesamtpopulation, Gesamtheit der Versicherten oder Gesamtklientel ist zu inhomogen, um wissenschaftlich verwertbare Morbiditätsunterschiede aufzuzeigen. Die Tab. 5 gibt die berufliche Stellung der ausländischen Arbeitnehmer im Betrieb für die Bundesrepublik 1972 wieder.

Tab. 5 Die berufliche Stellung ausländischer Arbeitnehmer in der Bundesrepublik 1972 (14)

Nationalität	Facharbeiter		angelernte Arbeiter		ungelernte Arbeiter	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
ITALIENER	12	–	46	49	37	43
GRIECHEN	8	–	58	52	31	45
SPANIER	13	–	49	44	34	48
PORTUGIESEN	12	–	50	43	36	49
TÜRKEN	16	–	47	44	35	50
JUGOSLAWEN	41	–	35	45	19	37

(Angaben in %)

Die Zahlen zeigen eine Überrepräsentation der ausländischen Arbeitnehmer gegenüber Deutschen in der Gruppe der angelernten und ungelernten Arbeiter. 1972 waren in der Bundesrepublik 40% der ausländischen Arbeitnehmer in der Eisen- und

sprachen sich für eine Rückkehr der Gastarbeiter in ihre Heimatländer nach einer bestimmten Zeit aus, nur 37% stimmten einem Daueraufenthalt in Deutschland zu.

Quelle: E. NOELLE- NEUMANN, Allensbacher Jahrbuch der Demoskopie 1976, Wien 1976, S. 151 u. 153

Metallerzeugung und -verarbeitung, 21% im verarbeitendem Gewerbe und 20% in der Bauindustrie tätig.
Eine sozialpsychologische Untersuchung über Anpassungsprobleme spanischer Gastarbeiter in Deutschland legte DELGADO (23) 1966 vor. Er befragte zu diesem Zweck 350 spanische Gastarbeiter in Köln und Umgebung. Obwohl vom Verfasser keine absolute Übereinstimmung zwischen Meinungsäußerung der Befragten und objektivem Tatbestand angenommen wird, seien hier einige interessante Ergebnisse genannt.

Motivation zur Arbeitsaufnahme in Deutschland (männl.)

8,2% wegen Arbeitslosigkeit
27,8% wegen Unzufriedenheit mit dem Lohn
50,2% um Geld zu sparen

Die Bereitschaft der Befragten sich den Gepflogenheiten des Gastlandes anzupassen nimmt mit zunehmendem Alter ab und ist bei Männern größer als bei Frauen. Nach Meinung der Befragten über die hauptsächlichen Schwierigkeiten bei der Anpassung rangieren die Sprachschwierigkeiten an erster Stelle, gefolgt von Unterkunftsproblemen, Diskriminierungserfahrungen, von den Problemen der Freizeitgestaltung und von den Schwierigkeiten des Klimas und der Ernährung. Die Kontaktbereitschaft mit Deutschen wird bejaht, die Zahl der geschlossenen Bekanntschaften ist gering. Die betriebliche Eingliederung bereitete den männlichen Spaniern mehr Schwierigkeiten als den weiblichen. Männliche Befragte, die aus einem ländlichen Milieu stammen, haben größere Schwierigkeiten mit der Arbeitsweise des modernen Betriebes. Die Rückkehrabsichten sind von der Länge der Aufenthaltsdauer in Deutschland abhängig. Die prozentuale Häufigkeit derer, die für immer im Gastland bleiben wollen, steigt mit zunehmender Aufenthaltsdauer.

Art der Unterbringung (männl. + weibl.)(23)

6,4%	Mietwohnung
53,1%	möbliertes Zimmer
6,0%	Leerzimmer
22,8%	Heim
11,7%	Baracke

Eine wesentlich günstigere Struktur der Unterbringung zeigen die Ergebnisse ein Repräsentativuntersuchung der BUNDESANSTALT FÜR ARBEIT für die gesamte Bundesrepublik im Jahre 1972 (Tab.6)(14).

	Private Unterbring.	Betriebl. Unterbring.	
Gemeinschafts-unterkunft	2	21	
abgeschlossene Wohnung	48	9	
sonstige	15	4	
zusammen	65	34	Σ 99

(Angaben in %)

Die Zufriedenheit mit den Wohnverhältnissen, wie auch die Größe und die Ausstattung der Wohnung steigen mit der Aufenthaltsdauer (14)(153). Sicher ist hier eine differenzierte Betrachtungsweise, die auch den Willen des Ausländers nach Wohnungskomfort mit einschließt, angebracht.
Auf die besondere Hilfsbedürftigkeit des Ausländers im Krankenhaus und Notwendigkeit eines geordneten Sozialdienstes zur Wahrnehmung der sozialen Belange hat VIEFHUES (139) schon 1966 hingewiesen. Wenn sich auch die Probleme mit denen ausländische Patienten und Krankenhauspersonal konfrontiert werden grundsätzlich nicht von denen im ambulanten Gesundheitswesen unterschieden, so ergeben sich dennoch einige erschwerende Elemente. Die Sprachbarriere isoliert den nicht der Landessprache mächtigen Ausländer gegenüber den behandelnden Ärzten, dem Pflegepersonal und den Mit-

patienten. Abgesehen von Diagnose- und Therapieproblemen wird der ausländische Patient in eine absolut passive Rolle gedrängt und muß geduldig ohne Sinn- und Zusammenhangverständnis alle Maßnahmen über sich ergehen lassen. Eine wünschenswerte Compliance kann dadurch nicht entstehen. Die Forderung einiger Autoren nach vermehrtem Einsatz ausländischer Ärzte im Krankenhaus muß nicht allein schon wegen des breiten Nationalitätenspektrums der ausländischen Arbeitnehmer eine Wunschvorstellung bleiben. 1973 waren 6 132 ausländische Ärzte und 15 212 ausländische Angehörige der Heilhilfsberufe in 3 494 Krankenhäuser in der Bundesrepublik und Westberlin tätig (19). Am 31.12.1979 waren 8 948 Ärzte ohne deutsche Staatsangehörigkeit in der Bundesrepublik Deutschland tätig. Davon waren 1 288 türkischer, 797 jugoslawischer und 566 griechischer Nationalität. Weitere auf die Entsendung von Gastarbeitern wichtige Nationalitäten wurden nicht gesondert statistisch geführt. Eine Trennung hinsichtlich der Tätigkeit im ambulanten oder stationären Sektor wurde nicht vorgenommen. Gegenüber dem Vorjahr war bei den türkischen Ärzten eine Abwanderungsquote von 26,9% zu verzeichnen, bei den Jugoslawen betrug sie 17,1%, während bei den Griechen ein unveränderter Bestand zu verzeichnen war. Hohe Zuwachsraten sind aus den EG- Staaten, aus Asien und aus Amerika festzustellen.[1]

Die Frage, ob Ausländer häufiger als deutsche Arbeitnehmer ins Krankenhaus eingewiesen werden kann anhand der Literatur nicht beantwortet werden. Eindrücke sprechen gegen eine unterschiedliche Einweisungshäufigkeit (58)(113). Fragwürdig erscheint die Diskussion, ob man Krankenzimmer gemischt mit Ausländern und Deutschen belegen sollte (113). Die Schaffung von diskriminierenden Gettosituationen ist ebenso abzulehnen wie der Verzicht auf die Zusammenlegung gleichsprachiger Ausländer als wirksames Element die Isolation in Grenzen zu halten.

Die Häufigkeit von Krankenhausdiagnosen hat HOFFMANN (58) an einem Kollektiv von 1 617 Patienten (1436 Deutsche; 181 Ausländer) zwischen Deutschen und Ausländern gleichen

[1] Ztschr. Deutsches Ärzteblatt 77, S. 1482 (1980)

Alters verglichen. Das Alter der Gruppe lag zwischen 15 und 45 Jahren. Die einzelnen Fallhäufigkeiten zeigt die Tab. 7.

Tab. 7 Klinikdiagnosen bei Ausländern und Deutschen gleichen Alters

DIAGNOSEN	AUSLÄNDER	DEUTSCHE
Ulkusleiden	47 (18)	98
Pneumonien, Infekte	33 (12)	63
Virushepatitis	16 (20)	143
Kardiovaskuläre Erkr.	14 (16)	114
Nierenerkr.	11 (9)	62
Intoxikationen	10 (30)	231
Asthma bronchiale	8 (3,4)	21
Alkoholfolgeerkr.	6 (19,5)	149
Gallenwege, Pankreas	7 (10)	75
Karzinome	2 (5)	40

(erwartete Häufigkeiten in Klammern)

HOFFMANN fand die Ausländer in den Diagnosegruppen Ulkusleiden und Infekte überrepräsentiert. Das unterstreicht den Eindruck ambulant tätiger Kollegen. Morbiditätsaussagen lassen sich natürlich aus einem vorfiltrierten Patientenspektrum, daß nur ein gemeinsames Vergleichsgruppenmerkmal aufweist (Alter), nicht machen. Hier zeigt sich ein generelles Problem klinischer Studien, deren Interpretation ohne Kenntnis der Einweisungsmodalitäten des ambulanten Vorfeldes problematisch ist.

Zur Thematik der ausländischen Arbeitnehmer beim Werkarzt liegt nur wenig Literatur vor. Meine eigenen Eindrücke nach dreijähriger Tätigkeit in einer werkärztlichen Praxis, die Betriebe mit hohem Ausländeranteil betreut, erbrachten keine wesentlichen Unterschiede zum Verhalten deutscher Arbeitnehmer. Die Sprachbarriere ist zum jetzigen Zeitpunkt geringer geworden, weil sich der größte Teil der Ausländer seit mehr als sieben Jahren in der Bundesrepublik aufhält. Dennoch be-

obachtet man gelegentlich Fälle, in denen ausländische Arbeitnehmer trotz zehn- bis zwölfjährigen Aufenthaltes in Deutschland kaum deutsche Sprachkenntnisse besitzen. Sprachprobleme lassen sich in aller Regel aber durch Betriebsdolmetscher, hilfsbereite sprachkundige Landsleute oder oft auch durch die Kinder der Probanden, die deutsche Schulen besuchen, abbauen.

Vom Wesen her handelt es sich überwiegend um unkomplizierte liebenswürdige Leute, deren höhere Bereitschaft zum Wechsel der Tätigkeit mit häufig schlechteren Arbeitsplatzbedingungen fast ausschließlich durch einen höheren Verdienst motiviert wird. Bei deutschen Arbeitnehmern ist oft ein gegenläufiger Trend zu beobachten. Bei Einstellungsuntersuchungen findet man bei Ausländern nicht selten eine ausgeprägte Bereitschaft zur Dissimmulation. So kommt es vor, daß Erkrankungen, die anamnestisch trotz ausreichendem Sprachverständnisses negiert wurden, erst durch Inanscheinnahme der Operationsnarben (insofern es welche gibt) verifiziert werden können. Die Haltung wird verständlich wenn man bedenkt, daß heute noch viele Arbeitnehmer die Institution Werkarzt als Instrument des Arbeitgebers ansehen, dessen Hauptanliegen in der Selektion eines leistungspotenten Arbeitnehmerpotentiales besteht. Der Wert der Einstellungsuntersuchung wird somit einseitig interpretiert und der Gang zum Werkarzt als zusätzliche Hürde betrachtet.

Im Gegensatz dazu erscheint die Bereitschaft gesundheitliche Beschwerden zu offenbaren ausgeprägter bei Vornahme von Vorsorgeuntersuchungen nach berufsgenossenschaftlichen Grundsätzen für Arbeitnehmer an Arbeitsplätzen mit Einwirkung chemisch - physikalischer Noxen. Hierbei handelt es sich meistens um ausländische Arbeitnehmer, die ihren festen Platz im Rahmen eines Betriebes eingenommen haben. Hinsichtlich der Teilnahme, des Interesses an den Ergebnissen und der Befolgung von Auflagen und Ratschlägen präsentiert sich der Ausländer nicht anders als sein deutscher Kollege.

Gehäuftes Auftreten berufsbedingter Erkrankungen konnte ich bei ausländischen Arbeitnehmern nicht beobachten. In aller Regel wird bei allen Erkrankungen zunächst der Hausarzt fre-

quentiert, sodaß hier kaum Rückschlüsse aus werkärztlicher Sicht gezogen werden können. Auffällig dagegen erschien mir der relativ hohe Anteil an ausländischen Arbeitnehmern, bei denen eine Magenresektion wegen einer Ulkuskrankheit vorgenommen worden war. [1]

1966 stufte HERRMANN (52) das Auftreten von entschädigungspflichtigen Berufskrankheiten als noch relativ gering ein. (Zahlenangaben konnten nicht beigebracht werden, weil das Auftreten von Berufskrankheiten bei deutschen und ausländischen Arbeitnehmern von den Berufsgenossenschaften nicht statistisch getrennt wurde). Im Vordergrund sollen Berufsdermatosen, Ermüdungserkrankungen des Skelettes, insbesondere die Schipperkrankheit und Erkrankungen durch den Umgang mit Preßluftwerkzeugen gestanden haben.

NESSWETHA (86) beschäftigte sich mit den Einflußgrößen, die das jeweils aktuelle Krankheitsbild ausländischer Arbeitnehmer prägen. Als wesentliche Faktoren betrachtet er neben einer Reihe individueller Risiken die Dynamik des Adaptationsprozesses an industrielle Arbeitsbedingungen, die Interferenz dieses Geschehens mit chemisch - physikalischen Noxen und die Dynamik der Anpassung an die neue soziale Umwelt. Als wesentlichen Faktor sieht er auch die individuelle Leistungsdisposition an. NESSWETHA konnte an einem Kollektiv von 320 männlichen ausländischen Arbeitnehmern im Alter von 19 - 29 Jahren vor der Arbeitsaufnahme im Vergleich zu einer industriegewohnten, sonst aber homogenen Gruppe deutscher Arbeitnehmer eine größere kardiopulmonale Leistungsbreite der Ausländer nachweisen.

Als vordringlichste Aufgaben werkärztlicher Hilfe beim Adaptationsprozeß des Ausländers an den industriellen Arbeitsplatz fordert NESSWETHA die gezielte Einstellungsuntersuchung, kontinuierliche Überwachung der Anlernzeit, ausreichende Informationen über Belange der Arbeit,der Unfallverhütung und Hygiene und die Überzeugung der Vorgesetzten eine ausreichende Zeit bis zur Forderung der Volleistung zu gewähren.

[1] s. Kapitel "Das Ulkus der Gastarbeiter"

Diese sicher wünschenswerten Vorstellungen sind praktisch in mehrfacher Hinsicht schwer realisierbar. Einstellungsuntersuchungen sind nach der Vorstellung des Gesetzgebers [1] nicht auf die Einsatzzeit des Betriebsarztes im Betrieb anrechenbar, ausgenommen davon sind Erstuntersuchungen im Rahmen berufsgenossenschaftlicher Vorsorgeuntersuchungen bei Arbeitnehmern, die definierten physikalisch - chemischen Noxen ausgesetzt sind. Solche Einstellungsuntersuchungen würden also zusätzlich vom Arbeitgeber finanziell getragen werden müssen. Dennoch halte ich sie für unentbehrlich, weil sie durch den Werkarzt das Abwägen der Belastung durch die Tätigkeit und der psychophysischen Konstellation des Arbeitsnehmers unter Berücksichtigung aller Gesamtumstände ermöglicht und damit gesundheitliche Risiken durch die Tätigkeit mindern hilft. Fragwürdig erscheint mir der Erfolg, dem Arbeitgeber eine reduzierte Leistung des ausländischen Arbeitnehmers in der Eingewöhnungsphase abzuverlangen. Im günstigen Fall ergibt sich durch die Anlernphase selbst eine geringere physische, wohl selten aber psychische Belastung. Letztlich scheitern alle wohlgemeinten Maßnahmen am Arbeitnehmer selbst, der ja nicht in die Fremde gegangen ist um sich zu " schonen ", sondern um durch seinen Arbeitseinsatz einen maximalen Verdienst zu erzielen. Leistungswillige schätzen im allgemeinen die Tätigkeit im Akkordsystem und im Schichtsystem wegen der individuellen Steuerbarkeit des Verdienstes und den Genuß der Nachtschichtprämie. Ich will gern einräumen, daß sich die Situation in Großbetrieben mit ihrer oft großzügigen werkärztlichen Organisation günstiger darstellen kann.

Praktisch hat die große Mehrheit der ausländischen Arbeitnehmer die Adaptationsphase an den industriellen Arbeitsplatz lange hinter sich gebracht; Neuankömmlinge sind selterner geworden.

Ein typisches Beispiel einer statistischen Fehlinterpretation ist die Darstellung der Unfallhäufigkeit in der gewerblichen Wirtschaft. Zahlen der Berufsgenossenschaften von

[1] KLIESCH, NÖTHLICHS, WAGNER, Kommentar zum Arbeitssicherheitsgesetz, Schmidt Verlag Berlin 1978, S. 167 - 169

1964 - 1970 weisen eine zwei- bis dreifach erhöhte Unfallhäufigkeit ausländischer Arbeitnehmer gegenüber den deutschen Versicherten aus (70). Nicht berücksichtigt wurde dabei, daß bei den deutschen Arbeitnehmern die gesamte Beschäftigungsskala vom leitendem Angestellten bis zum Hilfsarbeiter mit einem breiten Spektrum wenig unfallträchtiger Tätigkeiten vorhanden ist, wogegen ausländische Arbeitnehmer grade in den unfallträchtigeren Gruppen der angelernten Arbeiter oder Hilfsarbeiter anzutreffen sind (12)[1].
Statistische Unterlagen, die die Bedingungen am Arbeitsplatz sowie die beruflichen, geschlechtlichen und altersmäßigen Voraussetzungen berücksichtigen sind kaum bekannt (12).
BREITEL (12) schätzt das Verhältnis der Unfallhäufigkeit zwischen Deutschen und Ausländern unter Berücksichtigung dieser Kriterien auf 1 zu 1,5. Nach Nationalitäten aufgeschlüsselt lagen 1970 die Türken mit 276 angezeigten Arbeitsunfällen je 1000 Beschäftigte an der Spitze, gefolgt von den Italienern und Jugoslawen mit 229 bzw. 223 Unfällen (12). Ob diese Zahlen den jeweiligen Präsenzstärken der Nationalitätengruppen gegenüber relativiert wurden, bleibt offen.
Die Häufigkeit der tödlichen Arbeitsunfälle betrug bei Ausländern 1971 1,3/ 10 000 Versicherte (bei Deutschen 1,1/ 10 000)(12). Insgesamt ist die Tendenz der Unfallhäufigkeit ausländischer Arbeitnehmer in den Jahren 1969 bis 1971 rückläufig gewesen, daß gilt in besonderem Maße für die tödlichen Unfälle die sich seit 1967 von 2,4 auf 1,3/ 10 000 Beschäftigte im Jahr 1970 verringerten. Das deutet auf ein inzwischen erfolgtes Einleben in die deutschen Verhältnisse hin (12). Bei den Wegeunfällen ist die Situation 1970 für Ausländer günstiger als für Deutsche gewesen. Ausländer erlitten 11,2 und Deutsche 12,3 Wegeunfälle / 1000 Beschäftigte (12). Ursächlich werden hierfür der schwächere Motorisierungsgrad und der anzunehmende kürzere Arbeitsweg der Ausländer diskutiert (12).
BIENER und BORBELY (6) ermittelten in einer retrospektiven Unfallanalyse der Jahre 1966 - 69 an einem Kollektiv von

[1] s. dazu auch Tab. 5 S. 16

1000 Einheimischen und 800 Gastarbeitern in einer Schweizer Maschinenfabrik, daß 57% aller Unfälle durch ausländische Arbeitnehmer verursacht wurden. Rechnet man diese Zahlen hoch so erhält man eine Relation zwischen Einheimischen und Gastarbeiterunfällen von 1 : 1,6. Diese Zahlen stützen die Annahme BREITELs für die Unfallrelation Deutsche/ Gastarbeiter von 1:1,5. Leider müssen sich auch die Autoren der Schweizer Studie den Einwand beschäftigungsstrukturelle Unterschiede nicht erfaßt zu haben, gefallen lassen. Unfallursachen und Verletzungsarten unterschieden sich nicht von denen der einheimischen Arbeitnehmer; wohl aber der Unfallzeitpunkt. Die Autoren fanden bei den Gastarbeitern eine Häufung der Unfälle in den Morgen- Mittags- und frühen Nachmittagsstunden, während die übrige Belegschaft die meisten Unfälle in den späten Nachmittagsstunden erlitt (6). Unter dem Vorbehalt der Schwierigkeit eine fremde Studie zu interpretieren muß doch die Feststellung, daß eine stärkere Ermüdung der Gastarbeiter am Nachmittag über eine bedächtigere Arbeitsweise zur Abnahme der Arbeitsunfälle geführt habe, zurückgewiesen werden, weil hier offensichtlich der Schichtwechsel bei der Interpretation unberücksichtigt blieb. Typische Unfallmuster zeigen auch grade eine Zunahme der Unfallhäufigkeiten in den Ermüdungsphasen.
Das Hauptgewicht in der Prävention von Arbeitsunfällen und Berufserkrankungen ist auf das Vermitteln von Sicherheitsgewohnheiten sowie auf die Demonstration von Unfallursachen und -folgen zu legen. Einfaches und vor allen Dingen verständliches Aufzeigen der Unfallgefahren am Arbeitsplatz muß gewährleistet sein. Mehrsprachiges Informationsmaterial wird durch die Berufsgenossenschaften seit geraumer Zeit zur Verfügung gestellt. Initiale Patenschaftsübernahmen durch einheimische Arbeitskollegen kann hilfreich sein die Einarbeitungsphase des Ausländers zu erleichtern und die Unfallgefahr zu mindern.

Studien über ausländische Arbeitnehmer im Vertrauensärztlichen Dienst sind insofern von Interesse, weil sie geeignet wären klischeehafte Vorstellungen über vermehrte unbe-

rechtigte Krankmeldungen der Ausländer einerseits und der frühen Zuführung zur Begutachtung mit " Gesundschreibung " anderseits abzubauen. Leider kann die vorliegende Literatur dem nicht gerecht werden.
ALLIMANT (116) berichtet 1961 über eine verhältnismäßig hohe Untersuchungshäufigkeit ausländischer Arbeitnehmer gegenüber Deutschen (1 : 130 bzw. 1 : 300) in Stuttgart. Von 100 ausländischen Versicherten kamen 98 der Aufforderung zur vertrauensärztlichen Untersuchung nach, bei den inländischen nur 60 von 100.
Eine von SILOMON (128) 1974 durchgeführte Erhebung an 421 ausländischen Arbeitnehmern in Osnabrück zeigte einen durchschnittlichen Zeitpunkt der Erstuntersuchung nach 28,2 Tagen Arbeitsunfähigkeit. Das entspricht dem Zentrum des Bereiches, in dem die Masse der Versicherten vorgeladen wird. Bei 43 von 421 Versicherten konnten begründete Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit nicht ausgeräumt werden. Vergleichszahlen von Begutachtungen an anologen deutschen Kollektiven, die einen direkten Vergleich ermöglichen würden, liegen nicht vor.

b.) Das " Ulkus der Gastarbeiter "

Die Annahme, daß ausländische Arbeitnehmer eine höhere Ulkusmorbidität aufweisen als Einheimische, ist in der Literatur die sich mit der Morbidität dieser Bevölkerungsgruppe beschäftigt, häufig anzutreffen (44)(47)(59)(102)(150). Daraus erhebt sich die Frage, inwieweit speziell zu dieser Thematik durchgeführte Erhebungen tatsächlich in der Lage sind, den schlüssigen Beweis für diese Annahme anzutreten. Zweckmäßigerweise wird man, um ätiopathogenetische Mechanismen erfassen zu können, dabei einmal Morbiditätsunterschiede zur einheimischen Bevölkerung und das Morbiditätsverhalten der Bevölkerung in den Herkunftsländern zu betrachten haben. Die Schwierigkeiten, die ein solch transkultureller Vergleich mit sich bringt, liegen auf der Hand. Aus dem Grunde verwundert es nicht, daß die Ulkusmorbidität ausländischer Arbeit-

nehmer in den hier vorliegenden Studien ausschließlich an mehr oder weniger geeigneten Einheimischengruppen gemessen wurde. Dazu einige Vorbemerkungen allgemeiner Art über medizinisch - soziologische Korrelationen mit der Ulkuskrankheit. Untersuchungen haben gezeigt, daß die Ulkusmorbidität in den Städten größer ist, als auf dem Lande. Sie tritt in fast allen industrialisierten Ländern in den untersten Schichten vermehrt auf und nimmt mit zunehmender Schichthöhe ab (47). PFLANZ fand in einer Fragebogenerhebung, die 1956 - 1958 in der Medizinischen Poliklinik der Universität Gießen durchgeführt wurde, eine deutliche Ulkushäufung unter folgenden Gruppen männlicher Patienten: Geschiedene, Heimatvertriebene, Angehörige der untersten Sozialschicht, in der Sozialschicht Abgestiegene, Arbeitslose, Patienten die bei den amerikanischen Dienststellen arbeiteten und Werkmeister. Zusammenfassend unterscheidet PFLANZ 2 Gruppen, die verschiedene Erklärungsmöglichkeiten nahelegen:

1. Das Ulkus kommt häufiger bei Menschen vor, die aus einer Gemeinschaft ausgeschieden sind.

2. Das Ulkus kommt häufiger bei den Angehörigen der untersten Sozialschichten vor, die besonderen beruflichen Belastungen dadurch ausgesetzt sind, daß sie nur Vorgesetzte, aber keine Untergebene haben (47)(59).

Vom Lebensalter her betrachtet bevorzugt das Duodenalulkus, daß den Hauptanteil aller Ulkuserkrankungen bei ausländischen Arbeitnehmern ausmacht, daß jüngere bis mittlere Lebensalter mit einem Häufigkeitsmaximum im vierten und fünften Lebensjahrzehnt (44). Ein vermehrtes Auftreten beim männlichen Geschlecht ist anzunehmen. Nach den Untersuchungen von RUTENFRANZ und Mitarb. muß auch der Einfluß der Schichtarbeit mit Schlafdefizit, Störungen der Nahrungsaufnahme und der sozialen Kontakte auf die Ulkusgenese diskutiert werden. Daraus lassen sich die Kriterien formulieren, die bei einer statistischen Vergleichsgruppe berücksichtigt werden sollten. Im Idealfall sollten Untersuchungsgruppe und Vergleichsgruppe mit Ausnahme des zu untersuchenden Merkmals, in allen anderen Gruppenkriterien übereinstimmen (68).

Dieser Zustand wird oft schwer zu erreichen sein. Minimalforderung bleibt jedoch die Übereinstimmung in den wesentlichen determinierenden Faktoren. Bei der Ulkuskrankheit sind das nach unserem heutigem Wissen Geschlecht, Alter und sozialer Status.

Auf die Problematik rein klinischer Studien, bei denen eine gleichmäßige der Morbidität entsprechende Repräsentanz von Einheimischen und Ausländern in einer Klientel keineswegs vorausgesetzt werden kann, wurde schon hingewiesen. Positive Selektion durch die Rekrutierungsorgane in den Entsendeländern kann auf Grund des dafür ungeeigneten Untersuchungsspektrums nicht angenommen werden.

Eine österreichische altersstandardisierte Studie der Jahre 1967 - 1972 ergab ein häufigeres Auftreten des Ulkus duodeni bei Gastarbeitern als bei der einheimischen Bevölkerung (47). Die Daten dafür wurden der Krankenhauskartei in Linz entnommen. Von 43 ulkuskranken Ausländern waren 42 männlichen Geschlechts, 22 waren Hilfsarbeiter, 18 Arbeiter, 2 Angestellte und 1 Werkstudent. Die Nationalitäten verteilten sich wie folgt: 35 Jugoslawen, 4 Türken, 1 Ägypter, 1 Marokkaner, 1 Ungar und 1 Rumäne. Von den 43 Patienten waren 40 an einem Ulkus duodeni und 3 an einem Ulkus ventriculi erkrankt. Bei fast allen Patienten war das Ulkus erstmalig in Österreich aufgetreten, in der Regel nicht in den ersten 3 Monaten nach der Einreise. Die sozialen Randbedingungen der Ulkuserkrankten wie Wohnverhältnisse, Sprachkenntnisse, Arbeitsbedingungen und Kontakt zu Österreichern wurden als schlecht beurteilt.

Über eine schrittweise computergeführte Regressionsanalyse an 1105 hospitalisierten Endoskopiepatienten der Jahre 1973 bis 1976 und einer Spitalpopulation von 400 Patienten (100 Pat. der Chirurg. Klinik und 300 Pat. der Inneren Klinik) berichten WÜRSCH und Mitarb. aus der Schweiz (150). In der Regressionsanalyse wurde zunächst untersucht in Bezug auf welche unabhängige Variable sich die endoskopisch gefundene Ulkusgruppe von der Kontrollgruppe am stärksten unterscheidet. In weiteren Schritten wurde versucht weitere Variablen zu finden, die den Unterschied zwischen Ulkusgruppe und

Kontrollgruppe in Kombination mit der ersten Variablen signifikant vergrößern können. Unabhängige Variablen waren Alter, Geschlecht, Nationalität, sozialer Stand, Alkohol- und Nikotinkonsum und Zweierkombinationen dieser Charakteristika. Die Ausländergruppe setzte sich aus 117 Italienern und Spaniern, 16 Jugoslawen, 7 Griechen und 22 Pat. aus acht weiteren Ländern zusammen. WÜRSCH fand eine Häufung der Gastarbeiter im Alter bis zu 60 Jahren in der Gruppe der Ulcera duodeni, bei über 60 jährigen Gastarbeitern beiderlei Geschlechts fand sich keine Häufung gegenüber den Kontrollgruppen. Die Tatsache, daß bei den Gastarbeitern mit Ulkus duodeni ungelernte Arbeiter und bei den Schweizern mit der gleichen Diagnose gelernte Arbeiter dominierten, überrascht nicht sehr. Das Ergebnis der Analyse zeigte, daß die Ulkusanfälligkeit offenbar nur durch das Alter, Geschlecht und durch die Nationalität (Schweizer oder Ausländer) bestimmt wurde. In Rauch- und Trinkgewohnheiten gab es keine Unterschiede zwischen Schweizern und Ausländern. Mangel an methodischer Transparenz für den Nichteingeweihten lassen eine weitere Interpretation und eine Wertung kaum zu.
Eine ähnlich angelegte gastroskopische Studie wurde in Deutschland im Enzkreis, einer Zone mit großem Anteil ausländischer Arbeitnehmer, an 215 männlichen Patienten im Alter von 21 - 40 Jahren von QUAQUISCH und Mitarb. vorgenommen (102). Neben der Gastroskopie, bei der bioptisches Material aus Duodenum, Antrum und Korpus zur histologischen Untersuchung gewonnen wurde, wurden Nationalität, Alter, Familienstand, Beruf, Dauer des Aufenthaltes in Deutschland und klinische Symptomatik festgehalten. Die Untersuchungsgruppe setzte sich aus 90 Türken, 63 anderen Ausländern und 62 Deutschen zusammen. Als häufigste Symptomenangabe erwies sich das Druckgefühl im Oberbauch; Gruppenunterschiede bestanden hier nicht. Tab. 8 gibt die übrigen Ergebnisse wieder.

Tab. 8

BEFUND	GESAMT-ZAHL	TÜRKEN n =90	andere AUSL. n = 63	DEUTSCHE n =62
Ulkus duodeni	51	24(47%)	15(29,6%)	12(23,4%)
Ulkus ventriculi	16	6(37,5%)	8(50%)	2(12,5%)
intakte Antrumschleim-haut	—	7,7%	6,3%	19,3%
Oberflächengastritis	—	59%	49%	51,5%
chron.-atr.Gastritis der Antrumschleimh.	—	28%	39%	16%

Diese Zahlen gewinnen noch an Gewicht, wenn man sie zur Einwohnerstruktur des Enzkreises relativiert. Die Gruppe der 90 untersuchten türkischen Arbeitnehmer stellt 12% aller im Enzkreis lebenden türkischen Männer im Alter von 21 bis 40 Jahren dar, während die 62 Deutschen lediglich 0,3% in derselben Altersgruppe ausmachen. Anders ausgedrückt heißt das, daß etwa jeder 8. Türke von 21 bis 40, aber nur jeder 330. Deutsche wegen Magenbeschwerden endoskopiert wurde. Setzt man eine gleiche Indikationsstellung bei Deutschen und Ausländern zur Gastroskopie durch die Klinik voraus, drängt sich hier wieder die Frage nach der ambulanten Vorselektion auf. Abweichend von den Autoren läßt sich daraus vertretbar feststellen:

1. Ausländische Arbeitnehmer wurden weitaus häufiger zur endoskopischen Magendiagnostik überwiesen.

2. Ulcera duodeni wurden dabei bei ausländischen Arbeitnehmern im Alter von 21 - 40 Jahren etwa 1,3 mal so häufig diagnostiziert, wie bei gleichaltrigen Deutschen; Ulcera ventriculi sogar 3mal häufiger.

3. Auffallend groß ist auch der Anteil ausländischer Arbeitnehmer in der Befundgruppe der chronisch- atrophisierenden Gastritis im Antrumbereich, die eine Gefahr für spätere

Komplikationen darstellen kann.
Einen Einfluß auf die Ergebnisse durch berufliche Exposition, Ernährung, Religion und Aufenthaltsdauer in Deutschland fanden die Autoren nicht. Nach welchen Kriterien die berufliche Exposition bestimmt wurde, bleibt offen.
Bereits 1966 machte eine Schweizer Studie aus der chirurgischen Universitätsklinik Basel (90) auf die Problematik der Operationsmorbidität der Ulcera ausländischer Arbeitnehmer aufmerksam. Bei einer Fallzahl von 125 ermittelten die Autoren anamnestisch, daß die subjektiven Beschwerden in den meisten Fällen nach der Immigration in die Schweiz auftraten. Auffallend war auch die Häufigkeit, in der die Ulcera zu Komplikationen führten. Die Operationsindikation wurde 31mal wegen Perforation und 6mal wegen Blutung gestellt. Das pathologisch- anatomische Substrat zeigte Ähnlichkeit mit dem Streßulkus (fehlende narbige oder entzündliche Reaktion in der Ulkusumgebung). Neben den vorgenannten absoluten Operationsindikationen, spielte auch die soziale Indikation eine entscheidende Rolle. Zwei Drittel der Patienten wurden operiert, weil die konservative Therapie auch nach wiederholten Versuchen versagte. Der Versuch, eine konservative Therapie mit der Rückkehr in das Heimatland zu kombinieren,scheiterte meist am Willen der Patienten. Vereinzelt weiterbeobachtete Fälle in Italien führten zu einer klinischen Heilung der Ulkuskrankheit.
Die Beobachtungen der Baseler Klinik wurden in der Diskussion von anderen schweizer Klinikern bestätigt. Anbetracht des oft jugendlichen Alters der Patienten wurde eine strenge Indikationsstellung zur Resektion und die Anwendung weniger invasiver Verfahren gefordert (Antrumresektion und Vagotomie).
Die Studie erhebt keinen Anspruch, die absolute Häufigkeit der Gastarbeiterulcera wiederzuspiegeln (90). Vergleiche zur einheimischen Klientel wurden nicht vorgenommen.
Ebenfalls mit der Operationsmorbidität ulkuskranker Ausländer beschäftigt sich eine epidemiologische Studie von GYR und Mitarb. (44) aus Basel. Erfaßt wurden davon 266 Patienten mit Ulkus duodeni, die in den Jahren 1964 - 68 am St.

Clara - Hospital operiert wurden. Die Ausländergruppe stellte 82 Patienten (30,8%) des Operationsgutes, 63 aus Italien, 7 aus Spanien und 12 aus anderen Ländern (Türkei, Griechenland,Jugoslawien, Deutschland, Frankreich und Ungarn). Die Ausländerquote des Operationsgutes war gegenüber dem ausländischen Bevölkerungsanteil der Schweiz von 15,6% deutlich erhöht. Die Operationsmorbidität ausländischer Frauen war den Schweizerinnen gegenüber leicht vermindert. 91% der Ausländer betätigten sich vor der Operation als Handwerker, Arbeiter oder Hilfsarbeiter. Bei den Einheimischen machte diese Gruppe nur 46,5% aus. 62% der Ausländer lebten außerhalb ihrer familiären Umgebung.
Tab. 9 zeigt die prozentuale Altersverteilung, der wegen Ulkus duodeni operierten männlichen Schweizer und Ausländer (44).

Tab. 9 Operationsmorbidität des Ulkus duodeni bei Schweizern und Ausländern (44).

SCHWEIZER (n=142)	LEBENSALTER	AUSLÄNDER (n=75)
3,5% (9,2%)	71- 90 J.	0% (4,7%)
15% (13,8%)	61- 70 J.	3% (4,7%)
23% (17%)	51- 60 J.	5% (9,9%)
27% (18,6%)	41- 50 J.	21% (12,6%)
19% (17,9%)	31- 40 J.	40% (25,8%)
12,5% (23,4%)	21- 30 J.	31% (42,3%)

(in Klammern der prozentuale Bevölkerungsanteil der Altersgruppen)

Die Altersverteilung der männlichen Ausländer unterscheidet sich signifikant von derjenigen der Schweizer. Signifikant erhöht ist auch die Zahl der operierten Gastarbeiter in den Altersklassen von 20 - 50 Jahren gegenüber dem entsprechendem Bevölkerungsanteil. Die Autoren folgern daraus, daß die

erhöhte Operationsquote der Gastarbeiter deshalb nicht nur der unterschiedlichen Altersverteilung beider Populationen zugeschrieben werden kann (44). Die Rezidivquote betrug bei Schweizern 4,6% (8/175 Pat.), bei Ausländern 7,2% (6/69 Pat.). Das bestätigt die ergebnisse von OERI und ROSETTI (90). Tab. 10 zeigt die Aufenthaltsdauer der Ausländer bis zum Zeitpunkt der Operation in der Schweiz (44).

Tab. 10 Operationshäufigkeit in Abhängigkeit von der Aufenthaltsdauer in der Schweiz (44)

AUFENTHALTSDAUER	OPERATION
0 - 1 Jahr	4%
1 - 5 Jahre	43%
5 - 10 Jahre	32%
mehr als 10 Jahre	21%

75% der Operationen wurden nach einer Aufenthaltsdauer von 1 bis zu 10 Jahren vorgenommen. Die Operationstendenz stellt sich nach dem 5. Jahr als rückläufig dar. Die präoperative Anamnesedauer erscheint gegenüber den Schweizern als signifikant verkürzt. Auch hier wurde in 58% die Operationsindikation durch die soziale Situation mitbestimmt,[1] die eine konsequente konservative Behandlung unmöglich machte. Die Alternative zur Operation, die Rückkehr in die Heimat, wurde auch hier meistens von den Patienten abgelehnt.
Hinsichtlich der Operationsergebnisse gab es keine Unterschiede zwischen beiden Gruppen (44).
Die Studie, die sich allein auf die Operationsmorbidität beim Duodenalgeschwür bezieht, kann an sich nichts über die Ulkusmorbidität aussagen, da weder in der Schweiz eine Morbiditätsstatistik zur Verfügung steht, noch Kenntnisse über

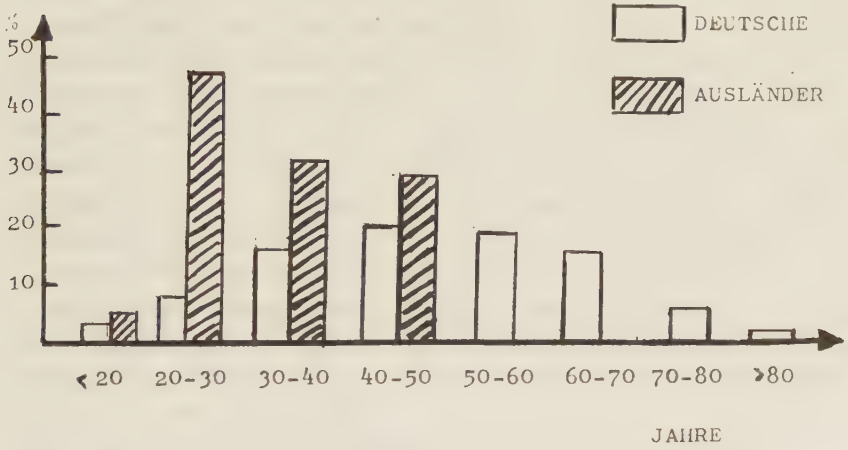
[1] in OERIs (90) Untersuchung machte dieser Anteil 75% aus

die Häufigkeit der Ulkuskrankheit in den Heimatländern der Gastarbeiter bestehen (44). Paralleles Verhalten wird jedoch vermutet.

Argumentativ dagegen halten muß man wohl die kürzere Anamnesedauer der Ausländer bis zur Operation und den hohen Prozentsatz "sozialer " Indikationsstellungen. Beides läßt doch zumindest die Vermutung zu, daß Einheimische und Ausländer sowohl hinsichtlich der Einweisungshäufigkeit, als auch der Indikationsstellung zur Operation nicht gleich behandelt wurden. Eine statistische Häufung der Ausländer muß dadurch zwangsläufig erfolgen. Betrachtet man jedoch nur die Altersklasse der 21 - 40jährigen, dann ist wohl das Verhältnis von Schweizern zu Ausländern mit 31,5% : 71% nicht mit diesen Phänomenen allein zu erklären.

Eine Analyse des Operationsgutes der Universitätsklinik Ulm von HORN und HERFARTH (59) kam zu einem ähnlichen Ergebnis. Hier wurden im Zeitraum von 1973 - 1975 224 Patienten wegen Ulcera duodeni operativ behandelt. 36 oder 16,1% waren davon ausländische Arbeitnehmer. Während die Anzahl der operierten Ausländer, bezogen auf den Gesamtanteil der versicherungspflichtigen ausländischen Bevölkerung der Stadt Ulm (15%) nicht signifikant erhöht ist, zeigt die Altersverteilung eine erhebliche Abweichung vom deutschen Operationsgut. Die Abbildung 1 zeigt die Altersverteilung der wegen eines Ulkus duodeni operierten männlichen Patienten (59).

Abb. 1 Altersverteilung der Ulcus duodeni Operationsmorbidität bei Deutschen und Ausländern (59)



Bezogen auf die Absolutzahlen der deutschen und ausländischen Arbeitnehmer jeder Altersgruppe, zeigten die Ausländer im Alter von 20 - 30 Jahren eine 5fach höhere Operationsmorbidität, in der Altersgruppe der 30 - 40jährigen lag sie noch doppelt so hoch wie in der vergleichbaren deutschen Altersgruppe (59). Auch hier wird ein Parallelverhalten zwischen Operationsmorbidität und Ulkusinzidenz angenommen.
Eine eigene Studie über Ulkusmorbidität und Operationsmorbidität erschien zur Erhärtung des Eindruckes sinnvoll, daß männliche türkische Probanden, die mir zur Einstellungsuntersuchung in der werkärztlichen Praxis vorgestellt wurden, relativ häufiger magenreseziert waren, als deutsche Probanden. Als Basis dafür diente die Probandenkartei des Werkarztzentrums Lünen. Hieraus wurden 2 Betriebe der Metallgewinnung und -verarbeitung mit einem großen Potential türkischer Arbeitnehmer ausgewählt. Da die Türken nahezu ausschließlich für angelernte Arbeiten oder Hilfsarbeiten eingestellt wurden und auch zu über 90% ein solcher Status im früheren Arbeitsleben bestanden hatte, wurden an die deutsche Vergleichs-

gruppe gleiche soziale Kriterien angelegt. Erfaßt wurden danach alle männlichen deutschen und türkischen Probanden, die sich im Alter zwischen 18 und 45 Jahren vom Mai 1976 - März 1980 einer Einstellungsuntersuchung für Hilfsarbeiter- oder Anlerntätigkeiten unterzogen hatten. Deutsche Probanden, die diese Tätigkeiten nur vorübergehend ausübten oder aus deren Berufsanamnese ein höherer Sozialstatus hervorging, gingen nicht in die Vergleichsgruppe ein. Eine differenziertere zeitliche Betrachtung bezüglich der Aufenthaltsdauer und Erkrankung bzw. des Lebensalters zum Zeitpunkt der Erkrankung ließ die Karteiführung leider nicht zu. Probanden mit Magenoperationen, die aus anderen Indikationsstellungen durchgeführt wurden, sind nicht berücksichtigt worden. Alle Magenoperationen in der Gruppe der Türken wurden in Deutschland vorgenommen. Tab. 11 zeigt die Ergebnisse.

Tab. 11 Ulcera und Magenoperationen bei deutschen und türkischen Arbeitnehmern

	DEUTSCHE	%	TÜRKEN	%
ANZAHL DER PROBANDEN	549	100	163	100
ULCERA IN DER ANAMNESE	14	2,55	3	1,84
MAGENRESEKTIONEN WEGEN ULCERA	11	2,00	6	3,68

In der Statistik ist die Zahl der Türken mit Gastroduodenalulcera in der Anamnese gegenüber der deutschen Vergleichsgruppe niedriger. Diese Zahlen sind insofern wenig aussagefähig, weil bei vielen Probanden bei Einstellungsuntersuchungen eine ausgesprochene Dissimmulationsneigung besteht, die aus der Angst resultiert, daß der Untersucher gesundheitliche Bedenken gegen die angestrebte Beschäftigung aus-

sprechen könnte. Bei den türkischen Probanden ist mir diese Neigung häufiger aufgefallen, als bei Deutschen. Die Magenoperierten wurden durch die klinische Untersuchung 100%ig erfaßt und in einigen Fällen retrograd nach Operationsgrund und Operationsumfang befragt. In zwei Fällen, in denen die gewünschten Auskünfte nicht erteilt werden konnten, geschah das durch den Hausarzt der Probanden anhand des Klinikberichtes. Wie die Tabelle 11 zeigt, ist der prozentuale Anteil der Türken, bei denen Magenresektionen wegen Ulcera ausgeführt wurden, deutlich gegenüber dem Anteil der deutschen Vergleichsgruppe erhöht. Da die bei uns untersuchten Probanden als normale Querschnittsarbeitnehmerpopulation gesehen werden können, unterstreicht das Ergebnis die o.g. klinischen Studien. Der gegenüber der klinisch erhobenen Operationsmorbidität geringe Unterschied zwischen Deutschen und Türken kann daraus resultieren, daß neben Alter und Geschlecht noch soziale Komponenten berücksichtigt wurden und keine Filterwirkungen vorhanden waren.

Eine vergleichende Betrachtung aller Studien läßt folgende Schlußfolgerungen zu:

1. Ausländische Arbeitnehmer im Alter von 20 - 50 Jahren werden häufiger als die vergleichbare Alterspopulation der Gastländer mit dem Symptom Magenbeschwerden in die Klinik zur endoskopischen Diagnostik und zur Magenoperation eingewiesen.

2. Die Diagnose Ulkus duodeni wird häufiger in der Gruppe der männlichen ausländischen Arbeitnehmer von 20 - 50 Jahren gestellt, als bei der Vergleichspopulation. Ein Einfluß der Nationalität der Ausländer ist dabei bisher nicht zu beobachten. In jedem Gastland dominiert die Nationalität mit der stärksten Präsenz (statistische Erwartung).

3. Männliche ausländische Arbeitnehmer im Alter von 20 - 50 Jahren werden häufiger als die einheimische Vergleichspopulation wegen eines Ulkus duodeni operiert. Die Indikation zur Operation wird bei ausländischen Arbeitnehmern großzügiger gestellt, als bei der einheimischen Patientengruppe.

4. Das Häufigkeitsmaximum des Operationszeitpunktes liegt im 1 - 5 Jahr nach der Immigration. Danach ist eine sinkende Tendenz zu beobachten.

5. Parallelverhalten zwischen Operationsmorbidität und Ulkus duodeniinzidenz ist anzunehmen. Den Beweis dafür können die vorliegenden klinischen Studien nicht erbringen, weil hier unbekannte Variable im ambulanten Vorfeld bestehen.

6. Ein Zusammenhang zwischen Ulkusgenese und soziokulturellem Strukturwandel kann nicht belegt werden, weil transkulturelle Vergleiche fehlen.

Grade Vergleiche mit alters-, geschlechts- und sozialstandardisierten Kollektiven in den Heimatländern der ausländischen Arbeitnehmer sind geeignet Morbiditätstendenzen und Pathomechanismen deutlich zu machen. Ihnen ist deshalb Priorität einzuräumen. Vergleiche zur Bevölkerung der Gastländer können nur Teilaspekte erbringen.

c.) Psychische Erkrankungen

Psychiatrische Aspekte der Migration sind in der Literatur schon lange vor der Zeit der Wanderbewegung von Arbeitnehmern in Europa behandelt worden, insbesondere in typischen Einwanderungsländern wie in den USA, Australien, Israel, Großbritanien und Schweden. Diese Studien kamen mangels Berücksichtigung methodischer Erfordernisse zu den unterschiedlichsten Ergebnissen und sind deshalb kaum geeignet Grundwissen zu dieser Problematik zu vermitteln. Abgesehen davon sind die Resultate nur bedingt auf die hier behandelte Thematik anwendbar.

BINDER (7) formulierte vier wichtige Fragestellungen zur Sozialpsychiatrie der Gastarbeiter:

1. Unterscheiden sich Inzidenz und Prävalenz psychischer Störungen zwischen Gastarbeitern und Einheimischen und zwischen Gastarbeitern und der Bevölkerung des Herkunftslandes?

2. Treten bei Gastarbeitern besondere Formen psychischer Störungen auf?

3. Wieweit wird die psychiatrische Versorgung der Gast-

arbeiter durch kulturelle Unterschiede in Krankheitsauffassung und Erwartungen an den Arzt erschwert?

4. Welche sozial- psychologischen Mechanismen sind bei der Entstehung psychischer Störungen bei Gastarbeitern beteiligt?

Diese Fragestellung zeigt neben ihrer Komplexität auch gleichzeitig die methodischen Schwierigkeiten auf, die hierbei zu erwarten sind. Ein Hauptproblem stellt sicher die standardisierte psychiatrische Diagnose an sich dar. Die Zuordnung der Symptomatik zu einer Diagnosegruppe wird oft erst nach längerer Verlaufsbeobachtung exakt möglich, unterschiedliche Auffassungen können dabei der Interpretation einen großen Spielraum offenhalten. Die transkulturelle Psychiatrie birgt durch die kulturelle Prägung der Ausdrucksformen und Inhalte psychischer Krankheiten weitere Erschwernisse in sich. Behindernder als sonstwo in der Medizin muß sich auch die gestörte Sprachebene auswirken, die ja hier eine conditio sine qua non für Diagnostik und Therapie darstellt. Vermittlung durch Dolmetscher kann keinesfalls kompensieren, wohl aber hilfreich sein. Abweichendes Krankheitsverhalten, im Sinne einer verminderten Bereitschaft ärztliche Hilfe bei psychischen Störungen in Anspruch zu nehmen, muß bei Ausländern, die ja mit dem Ausländergesetz leben müssen, ebenfalls statistisch verzerrend wirken. RIEDESSER (104) hat diese beeinflußenden Faktoren in einem hypothetischem Schema zusammengefaßt (Tab. 12).

Tab. 12

Parameter	Bundesrepubl. Bevölkerung		Überwiegende Mehrzahl der ausländ. Arbeitnehmer
	Obere u.mittl.Schicht	untere Schichten	
1. Bereitschaft, bei psychischen Störungen ärztliche Hilfe zu suchen	relativ hoch	gering	minimal
2. Symptomatik (Krankheitsangebot bei neurotischen Störungen)	Im Vordergrund steht die subjektiv seelische Konfliktebene	verstärkte Neigung zur Somatisierung und zum Agieren in der sozialen Umwelt	Starke Neigung zur Somatisierung und zum Agieren, Konversionsneurose "leibnaher Gram"
3. Kontakt zum Arzt a) verbal b) non-verbal c) affektiv d) metakommunikativ	 wenig behindert wenig behindert wenig behindert wenig behindert	 behindert behindert behindert behindert	 sehr behindert sehr behindert sehr behindert sehr behindert
4. Diagnostische Tendenz bei unklaren psychischen Störungen	eher als Neurose aufgefaßt	eher als Psychose oder "Psychopathie" aufgefaßt	eher als "atypische Psychose", abnorme Reaktion" o.ä. aufgefaßt
5. Therapieform bei nicht-psychotischen Störungen	eher analytisch orientierte Gesprächstherapie	eher suggestiv zudeckende, pharmakologische oder keine Therapie	meist pharmakologische oder keine Therapie

Das Modell macht vor allem den Einfluß des Sozialstatus auf die diagnostisch - therapeutische Tendenz deutlich.
Nach ÖDEGARD häufen sich Psychosen dort, wo die Privilegien und das Prestige unterdurchschnittlich und der soziale Druck am schwersten ist, wobei der Kausalzusammenhang der Selektion nicht geklärt ist. Vergleicht man die Psychosenhäufigkeit in verschiedenen Berufsgruppen, so findet man eine Häufung in den hinsichtlich der Ausbildung, der wirtschaftlichen und sozialen Verhältnisse unterpriviligierten Gruppen. Ledige haben 3 bis 4mal höhere Morbiditätsziffern als Verheiratete. Grund dafür kann die Verehelichung selbst sein, die wahrscheinlich mit einer Auslese nach persönlichen Eigenschaften verbunden ist. Anderseits ist eine gewisse Schutzwirkung des Familienlebens gegen psychische Belastungen denkbar. In den Städten ist die Häufigkeit von Alkohol - und Alterspsychosen besonders hoch. Innerhalb der Städte kommt es durch die zentrifugale Migration zu einer sozialen Verkümmerung der Zentren, die neben einer Anhäufung von Armut, Arbeitslosigkeit und Kriminalität auch zur Psychosenanhäufung führt. [1]
Die Vielzahl dieser komplexen Faktoren macht die Problematik epidemiologischer Untersuchungen noch deutlicher.
In der umfangreichen Literatur zu dieser Thematik findet man wohl aus diesem Grunde überwiegend Kasuistiken, Auswertungen von Krankenkarteistatistiken und sozialpsychiatrische Abhandlungen, die den Praktiker eher befriedigen werden als den Epidemiologen. Der folgende Abschnitt bringt eine Übersicht über die Arbeiten, die in der Literatur häufig zitiert und deren Ergebnisse zur Fundamentierung eigener Theorien herangezogen wurden.
HÄFNER und Mitarb. (45) führten 1971 eine Untersuchung an 200 männlichen Türken im Alter von 25 bis 35 Jahren in Interviewform durch. Das Interview wurde unmittelbar nach der Ankunft der Türken in Deutschland und nach einer Periode von 3 und 18 Monaten durchgeführt. Nach 3 Monaten konnten noch 94%, nach 18 Monaten nur noch 76% der Türken erreicht werden. Die

[1] (72) S. 158 - 160

Befragung wurde vom türkischen Mitautor nach einem Fragebogenkatalog in türkischer Sprache vorgenommen. Alle türkischen Arbeitnehmer waren durch die Bundesanstalt für Arbeit nach Deutschland vermittelt worden. Sie stellten somit hinsichtlich schwerer psychischer Erkrankungen oder auffälliger psychischer Störungen eine positive Selektion dar, weil ja gesundheitliche Störungen dieser Art ein Ablehnungsgrund für die Vermittlung waren. (Inwieweit solche Störungen vom Untersucher bei Massenuntersuchungen einer fremdsprachigen Population feststellbar sind, muß unbeantwortet bleiben, weil Ablehnungsgründe dieser Art nicht gesondert erfaßt wurden). Die Autoren ermittelten bei 39 Türken eine kummulative Prävalenz, daß heißt bei 39 Türken (19,5%) lagen bereits vor der Einreise psychische Störungen vor, die behandelt oder unbehandelt, die Zuordnung zu einer psychiatrischen Diagnose der ICD[1] rechtfertigte. Nach 3 Monaten stieg die Zahl auf 47 (25%) an und nach 18 Monaten waren 50 Türken (32,9%) psychisch gestört. (Eine statistische Verzerrung durch das Fehlen fast eines ganzen Viertels (48/200) des Ausgangskollektives kann nicht ausgeschlossen werden). Während der Periode von 18 Monaten konnten die Autoren eine Trendwende in der Symptomatik feststellen. Während nach 3 Monaten depressive Syndrome (Klagen über Unlust, gedrückte Stimmung, Schlaf- und Appetitsstörungen, Antriebsmangel, diffuse Körperbeschwerden) vorherrschten, dominierten nach 18 Monaten psychosomatische Syndrome (Körperbeschwerden ohne erklärenden körperlichen Befund). Tabelle 13 zeigt die ermittelten Zahlen dazu (45).

[1] International classification of diseases der WHO

Tab. 13 Psychische Störungen bei türkischen Gastarbeitern in Abhängigkeit von der Aufenthaltsdauer in Deutschland (45)

Psychische Störungen	nach 3 Monat.		nach 18 Monat.	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Depress. Syndrome	40	21,3	23	15,1
Psychosom. Syndrome	7	3,7	27	17,8
ohne Störungen	141	75,0	102	67,1
Anzahl der Untersucht.	188	100	152	100
nicht mehr erreichbar	12		48	

Die Autoren werden sich wohl fragen lassen müssen, ob ein Interview allein geeignet ist somatische Krankheitsursachen zu eleminieren.
Der Symptomwandel wird durch Abklingen der Trauerreaktion und als Ausdruck des gleichzeitigen Weiterbestehens der psychischen Belastung im Sinne einer inneren Teilanpassung gewertet.
FRIESSEM (35) führte eine Erhebung anhand einer Krankenkartei einer psychiatrischen Klinik durch, in der 351 ausländische Patienten aus den fünf Hauptentsendeländern für den Zeitraum von 1963 - 1970 erfaßt wurden. Er ermittelte, bezogen auf die Gesamtgruppe, überdurchschnittliche Inzidenzraten für Türken und Griechen, während die Italiener unter dem Durchschnitt lagen. Türken und Griechen wiesen überdurchschnittlich viele nichtpsychotische Erkrankungen auf, bei Spaniern dominierten Schizophrenien. Die Jugoslawen waren hoch mit Alkoholpsychosen belastet, während die Türken in dieser Gruppe die geringste Präsenz hatten.
FRIESSEM weist selbst auf die Problematik einer Verallgemeinerung dieser Ergebnisse hin. Er relativiert in diesem Zusammenhang die auf Ausländer angewandte psychiatrische

Diagnostik. Probleme der Taxonomie, unterschiedliches Krankheitsverhalten und verschiedene Pathoplastik, sowie die gestörte Sprachebene sieht er als Hauptschwierigkeiten an.
BENKERT und Mitarb. (4) analysierten 130 ausländische Patienten (davon 124 ausländische Arbeitnehmer), die in den Jahren 1970 und 1971 stationär in ein Rheinisches Landeskrankenhaus aufgenommen wurden, anhand demographischer und sozialer Merkmale und diskutieren auf der Grundlage der Ergebnisse die Selektions-u."Breeder" - Hypothese. Während die Selektionshypothese (ÖDEGARD) die Ansicht vertritt, der Migrationsprozeß reflektiere den Versuch der präpsychotischen Personen, sich aus sozialen Bindungen zu lösen und existierenden Konflikten auszuweichen, betrachtet die " Breeder "-Hypothese (FARIS, DUNHAM) die kulturelle Isolation in den sozial-untergeordneten Stadtteilen als entscheidendes Moment der Entstehung von Psychosen (4).
Die soziologischen Daten wurden in 110 Fällen den nicht immer zu diesem Zweck genügenden Krankengeschichten entnommen und in 20 Fällen mittels struktuiertem Interview gewonnen. Unter Benutzung der WHO - ICD wurden 5 Diagnosegruppen gebildet, die ein Zusammenfassen mehrerer Krankheitsbilder ermöglichten. (1. organische Psychosen, 2. Schizophrenien, 3. affektive Psychosen, 4. reaktive Psychosen, 5. Neurosen und Persönlichkeitsstörungen).
BENKERT und Mitarb. fanden dabei nationalitätenspezifische Unterschiede. Die affektiven Psychosen fehlten völlig bei Jugoslawen und Türken. Griechen, Italiener und Spanier wurden vermehrt in der Schizophreniegruppe angetroffen, bei den Türken hielten sich Schizophrenien und neurotische Störungen die Waage. Bei den Jugoslawen lagen die Neurosen und Persönlichkeitsstörungen an der Spitze. (Leider ist auf Grund methodischer Unterschiede sowohl FRIESSEM`s(35), als auch LAFFRANGHINI`s (67) Zahlenmaterial für einen Vergleich ungeeignet). In den einzelnen Diagnosegruppen fanden die Autoren folgende soziologische Momente: Tab. 14

DIAGNOSEGRUPPEN

SOZIOLOGISCHE KRITERIEN	organ. Psych.	Schizo-phren.	affek. Psych.	reakt. Psych.	Neuros. Persönl.-störung
prämorb. Persönlichk.	+++	++	+++		+
chron. Alkoholiker	+++				
Herkunft- Stadt	++				++
Herkunft- Land	+	+++		+++	
gestörte Familien-verhältnisse	++	+	+	+	+++
Integrationswunsch	+	+	+++	+	++
ungünstige Wohn-situation		+++	+	+	+
gestörtes Verh. zu Landsleuten		+++		++	
schlechter Kontakt zu Deutschen		++			
Einkommen unter dem Durchschnitt		+++		+++	
	N= 12	N= 50	N= 13	N= 12	N= 43

Tab. 14 Häufigkeiten soziologischer Kriterien bei den einzelnen Diagnosegruppen (4)

(+= vorhanden; ++= häufig; +++= besonders häufig).

BENKERT und Mitarb. folgern daraus: In der Gruppe der organischen Psychosen kommt der Gastarbeitersituation offensichtlich nur eine geringe Bedeutung zu. Besonders ungünstigt im Vergleich zu den übrigen Diagnosegruppen erweist sich die soziologische Situation der Schizophrenien wie auch die Häufung von Persönlichkeitsstörungen und Vorer-

krankungen. Die Gruppe der affektiven Psychosen zeigt hinsichtlich ihrer Integration die geringste Fehlanpassung, wohl aber die höchste Vorerkrankungsrate aller Gruppen. Das läßt den Schluß zu, daß die Migration für die Herausbildung der Krankheit keine wesentliche Rolle gespielt hat.
Die Gruppe der reaktiven Psychosen zeigt die geringste Vorbelastung im Sinne früherer Erkrankungen, aber die gravierensten sozialen Abweichungen von der Gesamtgruppe. Schwerwiegende soziale Störungen liegen auch in der Gruppe der Neurosen und Persönlichkeitsstörungen vor, deren Anpassungsstörungen jedoch wesentlich durch bereits in der Heimat bestehende Verhältnisse geprägt sind.
Das läßt keine Entscheidung in Richtung Selektions- oder " Breeder "- Hypothese zu. Für die Selektions- Hypothese spricht die Zahl der Vorerkrankungen und der abnormen prämorbiden Persönlichkeiten, für die " Breeder "- Hypothese die bestehenden schlechten sozialen Verhältnisse (4).
Insgesamt scheint sich also die soziale Gastarbeitersituation am deutlichsten auf die Herausbildung von Schizophrenien und reaktiven Psychosen im negativen Sinne auszuwirken.
Die Studie stellt einen wichtigen Versuch dar, den Einfluß soziologischer Größen auf die Morbidität der Psychosen ausländischer Arbeitnehmer deutlich zu machen. Eine vorsichtige Wertung bietet die teilweise geringe Fallgruppenzahl und die nicht immer vollständigen Krankengeschichten, die die Hauptbasis der Erhebung bildeten.
Eine Schweizer Studie, die eine Analyse der italienischen Patienten der Psychiatrischen Poliklinik Zürich der Jahre 1934 - 1964 beinhaltet,stammt von LAFFRANCHINI (67). Von den 1094 italienischen Patienten waren 568 männlichen und 526 weiblichen Geschlechts, 81% hatten 1 - 5 Jahre die Schule besucht und der weitaus größte Teil übte ungelernte Fabrikarbeitertätigkeiten oder Hilfsarbeitertätigkeiten aus. 45% suchten in den Jahren 1961 - 1964 innerhalb von 3 Wochen bis zu 3 Jahren nach der Immigration in die Schweiz die psychiatrische Poliklinik auf, 55% nach einer Aufenthaltsdauer von 4 bis 10 Jahren. 75% der untersuchten Patienten wiesen psychoreaktive oder neurotische Störungen auf. LAFFRANCHINI

west in diesem Zusammenhang auf die diagnostischen Schwierigkeiten bei diesen Patienten hin. Bunte komplexe psychopathologische Bilder erschwerten die Zuordnung zu einer Diagnosegruppe (67).
Die stetig steigenden Immigrantenzahlen aus Italien korrelierten mit den Konsultationszahlen italienischer Patienten. Mit der Zunahme der Patienten wurden auch psychoreaktive Störungen häufiger, die zum großen Teil als Anpassungsschwierigkeiten an die Schweizer Verhältnisse gedeutet wurden. Im Gegensatz zu BENKERT und Mitarb. (4) fand LAFFRANCHINI auch in dieser Gruppe meistens Persönlichkeitsstörungen vor.
In einer anderen Schweizer Arbeit versucht PINTER (98) anhand seiner Beobachtungen an italienischen Gastarbeitern und ungarischen Flüchtlingen die unterschiedliche Pathoplastik auf der Grundlage des soziokulturellen Hintergrundes deutlich zu machen. Die Verschiedenheit der Herkunft, der Wanderungsmotive und des Sozialstatus im Aufnahmeland determinieren im wesentlichen die Krankheitsbilder. Die mehr gebildeten, rationalistischen, aufgeklärten im Sozialstatus höher stehenden Ungarn zeigten kaum hypochondrische Entwurzelungsdepressionen. Paranoide Entwicklungen mit häufig gewaltsamen Akzenten herrschten hier vor. Die weniger gebildeten, meist infantilen, jedoch soziokulturell fest fundierten Süditaliener, mit einem noch tief in den Aberglauben und ins Mythische eingebettetem Weltbild, zeigten häufig die Symptome der hypochondrischen Entwurzelungsdepression. Im Vordergrund standen dabei Klagen über körperliche Beschwerden, Verlust der physischen und psychischen Leistungsfähigkeit, ängstliche gespannte depressive Stimmungslage, Agitation bis zur Querulanz und Vitalitätsverlust. Ihr Verhalten dem Therapeuten gegenüber war äußerst anspruchsvoll, oft verbunden mit der Forderung nach persönlicher liebevoller Zuwendung. Das Krankheitsbild kennzeichnete eine hohe Therapieresistenz in der Schweiz. Nach Rückkehr in die Heimat klangen die Beschwerden ohne weitere Therapie ab.
POECK (99) beschäftigte sich anhand einiger Kasuistiken mit der hypochondrischen Entwurzelungsdepression (- reaktion)

italienischer Arbeiter in Deutschland. Er fand in typischen Fällen keine durchgehende traurige Verstimmung (" Depressio sine depressione"), aber immer zutiefst beunruhigte von einer unkorrigierbaren hypochondrischen Krankheitsgewißheit erfüllte Patienten. Ausgangserlebnis der hypochondrischen Befürchtungen war meist eine Bagatellerkrankung, ein leichter Unfall o. ä.. In dem Augenblick, in dem ihre hypochondrische Erlebniswelt in Frage gestellt wurde, kam es zum Verlust ihrer vitalen Integrität. Der bis dahin noch nicht prinzipiell andere Verlauf kann durch die Reaktion der Umwelt tiefer in die depressive Entwicklung hineintreiben. Diskriminierende Behandlung durch Einheimische, Ablehnung durch Landsleute, Verkennung der Situation durch behandelnde Ärzte mit Simmulationsverdacht kann die Hypochondrie schnell in eine paranoide Entwicklung abgleiten lassen. Diese dann oft therapieunzugängliche Symptomatik zwingt nicht selten zu einer Rückführung in die Heimat, wo allein die äußeren Bedingungen für eine Genesung gegeben sind.

BÖKER und SCHWARZ (8) diskutierten anhand einiger Kasuistiken die Hypothese, daß akute paranoide Reaktionen in Übergangskulturen (von einer bäuerlichen Gesellschaft der Großfamilien hin zur Industriegesellschaft der Kleinfamilien) besonders häufig auftreten. Sie definieren die paranoide Reaktion als einen Zustand ängstlicher Erregung, in dessen Zentrum wahnähnliche, kulturtypisch geprägte Inhalte angetroffen werden. Gefährdet sind Bevölkerungsgruppen oder Individuen, die einem stärkeren Kulturwandel unterliegen und durch eingreifende Wandlung ihres Bezugssystems und kulturellen Lebensraumes in Anpassungskrisen geraten (Migranten, wie Flüchtlinge und Gastarbeiter). Eine Beziehung zwischen schnellem Kulturwandel und paranoider Reaktion wird angenommen. Traditionsgebundene Kulturen verfügen über die protektive Fähigkeit, psychische Spannungen und Konflikte in kollektiven traditionellen Verhaltensmustern zu bewältigen. Psychotische Reaktionen werden in diesen Gesellschaften besser toleriert. Traditionelle Vorstellungen wie Zauber und Hexerei lassen therapeutische Praktiken wie den Gegenzauber zu. Durch schnellen Kulturwandel mit der Umprägung kultu-

reller Wertnormen entstehen Identitätskrisen, die eine Zunahme paranoider Reaktionen bei überforderten Individuen erwarten lassen.
FLORU (31) berichtet ebenfalls kasuistisch über die kulturspezifische Prägung schizophrener Krankheitsbilder, Er sieht Überbleibsel des magischen Denkens und Kollision althergebrachter Tabus mit den Verhältnissen im Einwanderungsland als bestimmende Faktoren an.
Den besonders starken Ausdrucksgehalt und die Dramatik mit Neigung zu hysteriformen Mechanismen bei abnormen Reaktionen ausländischer Arbeitnehmer fand auch RICHTER (103) in seiner Klientel bestätigt.
WEINBERG (144) kam durch Untersuchungen an israelischen Immigranten, die in Form psychiatrischer Interviews geführt wurden, zu der Überzeugung, daß unter günstigen Lebensbedingungen bei Immigranten sowohl mit einer Eingliederung (Heimischwerden), als aber auch mit psychosomatischen Beschwerden zu rechnen ist. Unter ungünstigen Bedingungen muß dagegen mit einer Beeinträchtigung der geistigen Gesundheit gerechnet werden. WEINBERG glaubt, daß die Gefahr bei Menschen, die in ihrem Heimatland nicht fest verwurzelt waren, dabei größer einzuschätzen ist. Minimal dagegen sieht er die Gefahr bei körperlich und geistig gesunden Menschen, die eine reale Vorstellung von den Gegebenheiten des Immigrationslandes haben (134)(144).
ZWINGMANN (154) beschäftigte sich mit dem Begriff der " nostalgischen Reaktion " alias " pothopatrialgia ". Er definiert die " nostalgische Reaktion " als Veränderung durch die symbolische Rückkehr zu solchen Ereignissen des Erlebnisraumes, die den stärksten Satisfaktionswert bieten. Dabei findet häufig eine tendenzielle Verschiebung in Richtung einer " nostalgischen Illusion " statt. ZWINGMANN versteht darunter subjektive Veränderungen des Raum- und Zeiterlebens und die Glorifikation des nostalgischen Wunschobjektes. (u.a. " Oh Heimat, wie bist du aus der Ferne so schön "). MÜHLMANN (83) weist auf der Basis soziologischer und ethnologischer Studien an italienischen Gastarbeitern und in Sizilien daraufhin, daß der Schlüssel zu den Pro-

blemen der Gastarbeiter nicht in den Gastländern, sondern in der Heimat zu suchen ist. Das gilt sowohl für den Kulturkonflikt als auslösendes Moment psychischer Störungen, als auch für deren Inhalte und Erscheinigungsformen.
Einen wichtigen Beitrag über diese magischen Aspekte in den Krankheitsbildern süditalienischer Gastarbeiter, die von der Folklore Süditaliens geprägt scheinen lieferten auch RISSO und BÖCKER. Nach ihrer Darstellung liefert die " Verhexung ", dem im magischen Weltbild verhafteten Patienten ein kulturspezifisches Erklärungsmodell für eine Vielfalt unbestimmter Beschwerden, die von den hypochondrischen Vorstellungen bis zu psychotischen Wahnbestimmungen gehen (104).

Wendet man sich nach Durchsicht der Literatur wieder den eingangs gestellten Fragen BINDER`s (7) zu, kommt man zu folgendem Ergebnis:

1. Zur Frage nach Unterschieden in der Inzidenz und Prävalenz psychischer Störungen zwischen Gastarbeitern und Einheimischen wird in der vorliegenden Literatur kein akzeptables Zahlenmaterial vorgelegt. Sie bleibt offen. Die Gründe dafür werden deutlich gemacht. Diese sind in erster Linie neben methodischen Schwierigkeiten in der Relativität der psychiatrischen Diagnose des Ausländers (wenn nicht sogar auch der des Einheimischen) zu sehen. Bei zukünftigen Studien muß methodisch den großen Unterschieden sozio- demographischer Merkmale beider Gruppen Rechnung getragen werden. Als ausreichend homogen kann nach unserem derzeitigem Wissensstand über Ätiologie und Pathogenese psychischer Erkrankungen nur eine Vergleichsgruppe herangezogen werden, die das Alter und das Geschlecht, den Berufs- und Bildungsstatus, sowie die Herkunft aus ländlicher oder städtischer Umgebung berücksichtigt. Mehr Aufmerksamkeit muß auch dem Krankheitsverhalten beider Gruppen gewidmet werden, weil sich hier bestehende Unterschiede verzerrend auf die wahre Prävalenz auswirken. Für eine geringe Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe bei psychischen Störungen spricht bei ausländischen Arbeitnehmern zumindest die große soziale Distanz zum Arzt, die Sprachbarriere und die Angst vor Ausweisung

oder arbeitsrechtlichen Konsequenzen. Der für die Migrationspsychiatrie viel wichtigere Vergleich zwischen Gastarbeitern und entsprechenden Kontrollgruppen in den Herkunftsländern kann nicht vollzogen werden, weil keine Morbiditätsdaten aus diesen Ländern vorliegen.Gäbe es sie, so wäre die Vergleichbarkeit, auf Grund der unterschiedlichen psychiatrischen Versorgungssysteme, äußerst fragwürdig (9). Zwar aufwendig, aber aussagefähig wäre eine Longitudinalstudie, in der Migranten vor und nach der Einwanderung untersucht würden. Als praktikable Alternative wäre eine Langzeitstudie, die sofort nach erfolgter Immigration einsetzt, denkbar, wenn die vollständige Präsenz der Gruppe gewährleistet bleibt.

2. Ob bei Gastarbeitern besondere Formen psychischer Störungen auftreten, kann zumindest partiell bejaht werden. Die Literatur zeigt übereinstimmend auf, daß eine eng an die kulturspezifischen Merkmale der Herkunftsländer angelehnte Pathoplastik die Einordnung in das in Mitteleuropa bestehende diagnostische System, durch die verschiedene Wertung diagnostischer Kriterien erschwert. Die zahlreichen kasuistischen Diskussionen liefern dem mit der Materie Beschäftigten wertvolle Hinweise dazu und setzen ihn in die Lage kulturspezifische Verhaltensmuster als solche zu erkennen und nicht mit psychischen Störungen zu verwechseln. Die Beschreibung dieser Verhaltensmuster beschränken sich nahezu ausschließlich auf die Italiener, eine Ausdehnung auf andere präsente Nationalitäten ist erstrebenswert. Vergleicht man die wenigen Autoren, die eine zahlenmäßige Wichtung ihrer Untersuchungsergebnisse vornahmen, ergibt sich keine eindeutige nationale Häufung in den einzelnen Diagnosegruppen. Eine Ausnahme machen die Jugoslawen, bei denen anderen Gastarbeiternationalitäten gegenüber häufiger die Diagnose Alkoholpsychose gestellt wurde. Häufig beschriebene psychiatrische Befunde der Gastarbeiter sind paranoide Reaktionen, hypochondrisch depressive Syndrome, psychosomatische Befunde und Sexualneurosen.

3. Die Literatur macht die Erschwernisse der psychiatrischen Versorgung der Gastarbeiter durch die kulturellen

Unterschiede in der Krankheitsauffassung deutlich. Abgesehen von diagnostischen Schwierigkeiten, beschränkt sich das Therapieangebot auf Krankschreibung, Rezeptierung von Psychopharmaka und evtl. stationäre Aufnahme. Verbal aufdeckende Einzel- oder Gruppentherapie gehören durch das Fehlen der sprachlichen Kommunikation in den Bereich der Utopie (104). Diesem geringen Therapieangebot steht oft eine übergroße Erwartung des ausländischen Patienten an den Arzt gegenüber. Dem Therapeuten wird eine protektive Schlüsselfunktion zugedacht, die ihn häufig überfordert. Als ultima ratio bleibt dann oft nur noch die Rückweisung in die Heimat, deren günstiger Genesungseffekt übereinstimmend beobachtet wurde.

4. Welche sozial- psychologischen Mechanismen bei der Entstehung psychischer Störungen bei Gastarbeitern beteiligt sind, läßt sich nur vermuten. Das ein soziokultureller Strukturwandel mit erheblichen psychischen Anforderungen an das Individuum verbunden ist, wird deutlich. Man spricht in der Literatur deshalb auch von einem " Kulturschock ", der in erster Linie Trennung von Heimat und von den Angehörigen, Erlebnis der Sprachbarriere und Angleichung an neue Wertsysteme beinhaltet. Je nach individueller Konstitution wird dieser " Schock " kompensiert oder führt durch Weiterbestehen einer chronischen Konfliktsituation zu psychischen Störungen. Als zusätzliche Risikofaktoren sind prämorbide Auffälligkeiten, unrealistische Erwartungen an die Zustände im Gastland, große soziokulturelle Differenz, schneller Kulturwandel, fehlende Sprachkenntnisse, schlechte Gruppenkontakte, die Unterbringung in unzureichenden Quartieren und höheres Lebensalter anzunehmen.

Der Anteil prämorbid auffälliger Persönlichkeiten schwankte in den einzelnen Studien zwischen 20% (45) und 30% (4). Das ist eine betrachtliche Größenordnung, wenn man bedenkt, daß die Mehrzahl der ausländischen Arbeitnehmer von den ärztlichen Kommissionen der Bundesanstalt für Arbeit hinsichtlich grober psychischer Auffälligkeiten selektiert wurde. Leider ist die Ablehnungsquote psychischer Störungen in der

Rubrik " sonstige Ablehnungsgründe " enthalten und erlaubt so keinen Vergleich. Unrealistische Erwartungen und fehlende Sprachkenntnisse sind wohl meistens vorhanden, die Unterbringung selbst in unzureichenden Massenquartieren ist zwar ungünstig, schafft aber als Nebeneffekt Gruppenkontakte. Der Einfluß der einzelnen Faktoren ist epidemiologisch schwer erfaßbar, weil ihre Bedeutung und Wertung individuell ungleich groß sind. Eine objektive Präzisierung scheint dringend geboten. Weitere Studien, die diese Momente ausreichend methodisch berücksichtigen, sind notwendig.

d.) Infektionskrankheiten und parasitäre Erkrankungen

Auf die Beobachtung in Praxis und Klinik, daß ausländische Arbeitnehmer häufig an Infekten der oberen Luftwege erkranken, sei vollständigkeitshalber noch einmal hingewiesen. Zahlenmaterial dazu fehlt. Ein Zusammenhang mit den veränderten klimatischen Bedingungen wird angenommen.
Die Literatur zur o.g. Thematik beschäftigt sich im wesentlichen mit der Tuberkulose (15 Arbeiten), den Helminthosen (10 Arbeiten) und der Darstellung bei uns seltener Infektionskrankheiten, mit deren Einschleppung aus den Herkunftsländern sporadisch zu rechnen ist (5 Arbeiten).

Tuberkulose:

Die Tuberkulose stellt auch heute noch in der Bundesrepublik eine der zahlenmäßig und sozial wichtigsten Infektionskrankheiten dar (38). Die Mortalitätsrate hat infolge verbesserter Diagnostik und Therapie und auch durch die Verbesserung der sozialen Lage der Bevölkerung von 30/10 000 in den 80iger Jahren des vorigen Jahrhunderts auf 0,54/ 10 000 im Jahre 1972 abgenommen (38). Während die Todesfälle zeitmäßig überwiegend jenseits des 65. Lebensjahres liegen, liegt der Inzidenzschwerpunkt zwischen dem 15. und 40. Lebensjahr. Eine Konzentration im sozial schwächeren deutschen Bevölkerungsteil ist nicht mehr deutlich zu erkennen; das Erkrankungsrisiko verteilt sich heute annähernd gleichmäßig

auf alle sozialen Schichten (38).
1974 lag die Inzidenz der Lungentuberkulose männlicher Ausländer in Deutschland fast doppelt so hoch wie bei allen Männern, bei den ausländischen Frauen sogar mehr als doppelt so hoch. Die Höhe der Gesamtprävalenz wurde von beiden Gruppen ebenfalls bereits deutlich überschritten. Ähnliche Relationen fand HAEGI in der Schweiz (126).

Tab. 15 und 16 geben die Zahlenwerte dazu wieder (38).

	insges.	auf 100 000	davon Ausl.	auf 100 000
männlich	20 407	68,8	2 765	116,3
weiblich	10 661	32,9	1 326	80,7

Tab. 15 Inzidenz der Lungentuberkulose 1974 in der BR Deutschland.

	insges.	auf 100 000	davon Ausl.	auf 100 000
männlich	62 317	210,5	5 840	247,5
weiblich	29 509	91,1	2 651	156,8

Tab. 16 Prävalenz der Lungentuberkulose 1974 in der BR Deutschland.

Der der Gesamtinzidenz entsprechende niedrigere Anteil der Ausländer an der Gesamtprävalenz liegt wohl darin begründet, daß der Teil der Ausländer, denen auf Grund der Erkrankung der Aufenthalt verweigert wurde, nicht mehr in dieser Gruppe erfaßt ist. Ein Teil kehrt auch nach abgeschlossenem Heil-

verfahren vorübergehend oder für immer in die Heimat zurück (88). Diese Tatsache relativiert von vornherein Vergleiche der Prävalenzen.

Der hohe Anteil der Ausländer mit Lungentuberkulose überrascht noch mehr wenn man bedenkt, daß mit einer gewissen Schwankungsbreite etwa 70% der ausländischen Arbeitnehmer durch die medizinischen Kommissionen der Bundesanstalt für Arbeit in den Entsendeländern auch hinsichtlich einer bestehenden Lungentuberkulose untersucht wurden. Die Ablehnungsquote aus diesem Grunde machte den Hauptanteil aller Ablehnungen in den meisten Ländern aus[1]. Seit 1962 sind in allen Bundesländern Untersuchungen nach Einreise ausländischer Arbeitnehmer, die auf dem sog. 2. Weg einreisen, in der einen oder anderen Form angeordnet. Von der Vorlage eines dort erlangten Gesundheitszeugnisses hängt die Erteilung der Aufenthalts- und Arbeitserlaubnis ab. In den Jahren 1962 - 65 mußten in Nordrhein- Westfalen allein 2015 von 152 400 Bewerbern wegen Tuberkuloseerkrankung abgelehnt werden (2).

Die Ablehnungsquoten betrugen 1965 für

	Baden- Württemberg	8,6‰
	Niedersachsen	7,4‰
und	Nordrhein- Westfalen	16,8‰ aus diesem

Grunde (2). In der Schweiz, die ein ähnliches Verfahren durch ihren Grenzsanitätsdienst praktiziert, betrugen die Zurückweisungsraten 1961 - 63 0,5 - 0,9% (88).

Die relativ hohe Zahl der Ausländertuberkulosen wirft die Frage nach dem zeitlichen Auftreten der Erkrankung in Bezug auf den Einreisetermin auf. ARENS (2) fand bei sonst gleicher Verteilung vom 1. - 5. Jahr eine Häufung im 3. Jahr nach der Einreise, bei HAEGI (50) lag der Gipfel in der Schweiz ebenfalls jenseits des 2. Jahres. ARENS und auch HAEGI`s Beobachtungen sprechen dafür, daß der Hauptteil der Tuberkulosen erst im Gastland erworben wurde bzw., daß es sich um Exazerbationen bereits bestehender Erkrankungen handelte. Von 49 offenen Tuberkulosen (I a/b) konnte ARENS re-

[1] s. dazu Tab. 2

trospektiv 8 als Reaktivierungen ermitteln, 41 Ausländer haben sich vermutlich nach der Einreise infiziert. HINKMANN (54) fand von 1959 - 66 32% von 182 Gastarbeiterpatienten mit manifester Tuberkulose bereits innerhalb des ersten halben Jahres ihres Aufenthaltes in Deutschland in stationärer Behandlung. 33% wurden nach zweijährigem Aufenthalt erfaßt. Diese zeitlichen Exponenten lassen einen hohen Anteil mitgebrachter Erkrankungen vermuten und unterstreichen die Untersuchungsregelung seit 1962. Ähnlich muß man wohl auch die Ergebnisse einer Berliner Studie (100) werten, die in 57% eine Differenz zwischen Einreise und Erkrankung von weniger als 2 Jahre fand.
Statistische Notifizierung nach der Nationalität erfolgte bundeseinheitlich erst seit 1972 (89) und erlaubt somit in der vorliegenden Literatur keine Vorstellung vom Grad des Erkrankungsrisiko`s einzelner Nationalitätengruppen. Schwierigkeiten der Wichtung der Ausländer nach Alter, Geschlecht und sozialem Status ergaben sich bei den meist auf Landesebene durchgeführten Erhebungen, weil kein entsprechendes demographisches Material in ausreichendem Maße vorlag (89).

In einer Erhebung der Jahre 1968 - 71 in Baden- Württemberg (89) zeigte sich ebenfalls, daß bei allen Tuberkuloseformen die Inzidenz bei Ausländern höher als bei der einheimischen Bevölkerung lag. Mit Ausnahme der über 60 Jahre alten Frauen gilt dies auch für das Lebensalter. Der alters- und geschlechtsstandardisierte Beobachtungswert lag bei Männer 60% und bei Frauen 142% über dem an dem jeweiligen deutschen Kollektiv berechneten Erwartungswert. Am ausgeprägtesten war der Unterschied bei der extrapulmonalen Tuberkulose und bei Frauen zwischen 30 - 45 Jahren. Die Prävalenz war 1971 bei der männlichen deutschen Bevölkerung höher als bei Ausländern (316 gegen 294/100 000), während bei der weiblichen Bevölkerung die Situation umgekehrt war (153 gegen 243/ 100 000). 1970 war der Bestand je 100 000 Ausländer am höchsten bei den Türken (451), gefolgt von Spaniern (309), Jugoslawen (251), Italienern (223) und Griechen (221).

Hinsichtlich der Ausdehnung der Krankheitsbefunde unterschieden sich Ausländer und Deutsche nicht. Das Krankheitsrisiko für die Ausländer wird an der signifikant erhöhten Rate der exsudativen Pleuritiden und der endothorakalen Lymphknotentuberkulosen deutlich.
Epidemiologisch gesehen, hält NEUMANN (89) das erhöhte Tuberkuloserisiko der Ausländer für keine echte Gefahr. Der Rückgang der Gesamtinzidenz verzögert sich dadurch um weniger als 1 Jahresrate.
Die Tuberkulosestatistik 1966 in Rheinland- Pfalz (87) zeigt ähnliche Verhältnisse. Während die Bestandszahlen praktisch keinen Unterschied zwischen Deutschen und Ausländern ausweisen, liegt die Inzidenzrate bei Ausländern doppelt so hoch, Gewichtung nach Alter, Geschlecht und sozialem Status war auch hier nicht möglich. Das Geschlechtsverhältnis der Erkrankungsfälle zeigt bei Ausländern noch deutlicher als bei Deutschen eine Bevorzugung des männlichen Geschlechtes. Bei Ausländern fehlen die Erkrankungen im Kindes- und Greisenalter. Beides stellt wohl eine Reflexion demographischer Größen dar.
Die Bestandsstatistik am 31.12.1966 an aktiv Tuberkulösen in Westberlin zeigte dagegen eine auf mehr als die Hälfte verminderte Erkrankungsrate der Ausländer in allen Diagnosengruppen (Ia - Id) gegenüber der einheimischen Bevölkerung. Die Bestandsziffer der Ausländer betrug 359/ 100 000, die der Deutschen 933/ 100 000. Da die Altersstruktur keine Berücksichtigung fand, ist hier mit Sicherheit eine günstigere Tuberkulosesituation der Ausländer vorgetäuscht (100). Auf die weitere Problematik reiner Prävalenzvergleiche wurde oben schon hingewiesen.
Aus der Bundesstatistik der extrapulmonalen Tuberkulose ergibt sich für die Jahre 1972 - 74 ein unterschiedliches Verteilungsmuster bei Einheimischen und Ausländern. Das Verhältnis von pulmonalen zu extrapulmonalen Formen betrug bei Deutschen 86% : 14%, bei Ausländern 79% : 21%. Der erhöhte Anteil von extrapulmonalen Tuberkulosen bei Ausländern war ausschließlich durch einen erhöhten Anteil an Lymphknotentuberkulosen bedingt (73). Die Abb. 2 verdeutlicht das.

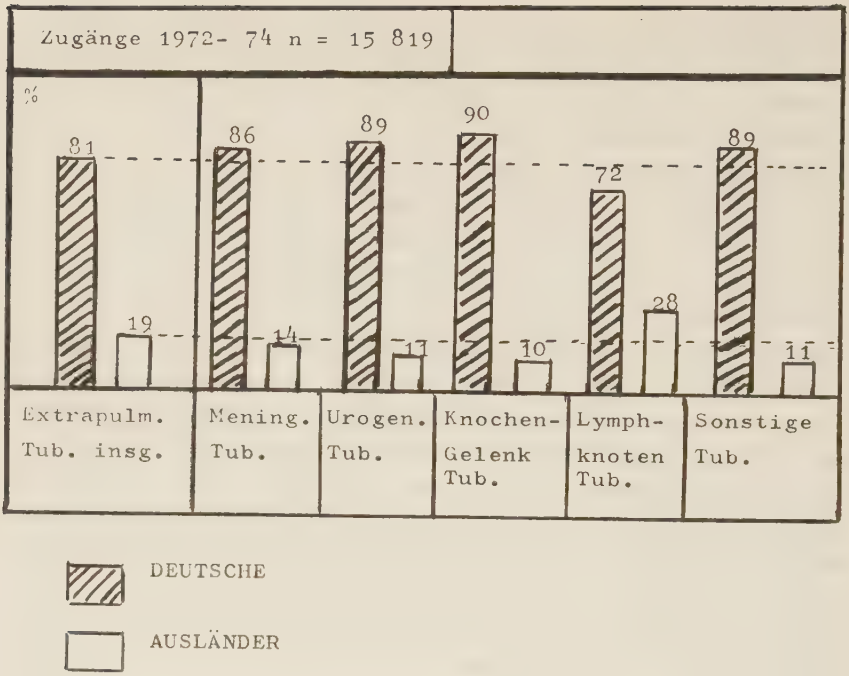


Abb. 2 Zugänge an extrapulmonaler Tuberkulose 1972- 74 in der Bundesrepublik und Westberlin untergliedert nach Ausländern und Deutschen. (73)

HAEGI`s Untersuchungsergebnissen in der Schweiz liegen 8300 Tuberkulosetestungen und 275 klinische Untersuchungen bei Gastarbeitern zu Grunde. Er fand, daß die Durchseuchung der Gastarbeiter nicht wesentlich höher als die der Schweizer lag. Die für das Erkrankungsrisiko bedeutungsvollere Zahl der frisch Infizierten oder Invertoren, zeigte eine deutliche Häufung zwischen dem 15. und 40. Lebensjahr. Das heißt, die Ansteckungsgefahr war in der Altersgruppe, in der die Gastarbeiter zahlenmäßig am stärksten vertreten sind, am größten. Bei ihnen betrug die Zahl der Invertoren 1,6%, bei den Schweizern 1,2%. HAEGI`s berechnete Morbidität der Gastarbeiter lag etwa 1,5mal, die tatsächliche sogar 2mal höher, als diejenige der Schweizer. Jüngere Jahrgänge und Frauen er-

krankten rascher als Männer. Kausal nahm HAEGI psychische und physische Faktoren, basierend auf dem soziokulturellen Strukturwandel an. Die Krankheitsintensität wie auch den Kurerfolg fand er bei Gastarbeitern eher geringer (137). Der Kurerfolg wird im deutschen Schrifttum als gleich gut (2)(50)(89)(126) oder als besser (54) gegenüber den Einheimischen ausgewiesen.
Aus Österreich liegt nur eine wenig differenzierte Zahlenangabe über Tuberkuloseerkrankungen vor. Anläßlich einer Untersuchung von Werkangehörigen wurde bei weniger als 1% der Österreicher (19/19 298), aber bei 1,5% der Gastarbeiter (13/ 893) eine behandlungsbedürftige Lungentuberkulose festgestellt (129). Nach den Erhebungen der Tuberkulosefürsorge der Stadt Wien ist aus der kurzen Zeitspanne zwischen Einreise und Erkrankung, bereits an eine Erkrankung in der Heimat zu denken. Auf die Problematik fehlender Untersuchungen in Österreich durch die Anerkennung des in den Herkunftsländern ausgestellten Gesundheitszeugnisses wird mit Nachdruck hingewiesen (62)(129).

Zusammenfassend läßt sich aus der Literatur über die Tuberkulose ausländischer Arbeitnehmer entnehmen:

1. Die Inzidenzraten pulmonaler Tuberkuloseformen sind bei ausländischen Arbeitnehmern im Alter von 15 - 40 Jahren doppelt so hoch, wie bei der altersstandardisierten einheimischen Bevölkerung. Beim weiblichen Geschlecht wird diese Relation noch überschritten.
Die Prävalenzraten unterscheiden sich nur unwesentlich voneinander. Verantwortlich dafür ist die statistische Methodik, die die Inzidenzen immer, die Prävalenzen jedoch nur zum Teil auf Grund der größeren Mobilität der Ausländer (Rückkehr in die Heimat oder häufigerer Ortswechsel) erfaßt.

2. Die durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen in den Heimatländern bzw. die Untersuchungen nach erfolgter Einreise, sowie die Latenz zwischen Einreise und Erkrankung, deren Häufigkeitsgipfel jenseits von 2 Jahren liegt und die große Häufigkeit von Primosecundärtuberkulosen sprechen für eine überwiegende Infektion in den Gastländern.

3. Singuläre nationale Risiken sind nicht beweisbar. 1970 war in Baden- Württemberg eine erhöhte Prävalenz der Türken und Spanier zu verzeichnen. Eine Erweiterung der statistischen Möglichkeiten durch weitere Erfassung demographischer Merkmale ist notwendig. Bezugnehmend auf die Thematik der Arbeit muß auch darauf hingewiesen werden, daß es sich in der vergleichenden Tuberkulosestatistik um die Gruppe Ausländer und nicht Gastarbeiter handelt. Theoretisch sind dadurch statistische Verzerrungen in beiden Richtungen denkbar.

4. Hinsichtlich der Schwere der Erkrankung (Stadium bei der Erstfeststellung), der Therapiedisziplin und des therapeutischen Erfolges ergibt sich kein abweichendes Verhalten bei Ausländern.

5. Die höheren Inzidenzraten ausländischer Arbeitnehmer sind vermutlich in der größeren Durchseuchungsrate, in der Altersstruktur und Belastungsfaktoren durch den soziokulturellen Strukturwandel bedingt. Eine soziale Wichtung, die zu einer Relativierung führen könnte, kann mangels demographischen Wissens nicht erfolgen. Hier besteht ein dringender Nachholebedarf. Einen wesentlichen Faktor für die niedrigere Tuberkuloseinzidenz der deutschen Bevölkerung stellt sicher auch die BCG- Impfung dar.

6. Aus dem jetzigem Wissen ergeben sich folgende Forderungen:

a.) Lückenlose Untersuchung aller ausländischen Arbeitnehmer spätestens nach der Einreise mit Rö.- Thorax und nach Möglichkeit Tuberkulintestung und BCG- Impfung bei Tuberkulinnegativen.
Die erhöhten Exazerbationsgefahr rechtfertigt das Anlegen strenger Maßstäbe.

b.) Jährliche Schirmbildkontrolluntersuchungen mindestens in den ersten 5 Aufenthaltsjahren im Gastland.

c.) Verbesserte Aufklärung über das Erkrankungsrisiko mit dem Ziel der Motivation zur Schirmbildkontrolle und Tuberkulintestung und ggf. BCG- Impfung.

d.) Erweiterung statistischer Parameter, sowohl in der unmittelbaren Tuberkulosestatistik, als auch in der allge-

meinen demographischen Statistik. Auf eine Wichtung nach Alter, Geschlecht und Sozialstatus kann nicht verzichtet werden.

Helminthosen:

Das bekannte Gefälle zwischen Mitteleuropa und südlichen Ländern in der Befallshäufigkeit mit Eingeweidewürmern, sowie der starke Zustrom von Arbeitskräften aus diesem Bereich waren Anlaß sich mit dieser Thematik auseinanderzusetzen. Den Hauptaspekt dabei bildet die Diskussion über die Gefährdung der einheimischen Population auf der Grundlage der gewonnenen Untersuchungsergebnisse. Während die Ergebnisse der Untersuchungen durchweg einen erhöhten Wurmbefall ausländischer Arbeitnehmer zeigen, die nur infolge unterschiedlich diagnostisch- methodischen Vorgehens quantitativ differieren, sind die Ansichten über die sich daraus ergebende epidemiologische Lage kontrovers. Bevor im Einzelnen darauf eingegangen wird, gibt die Tab. 17 zunächst erst einen Überblick über die Untersuchungsergebnisse. Sie erlaubt einen Vergleich der Ergebnisse der einzelnen Autoren und eine vergleichende Betrachtung zwischen Deutschen und Ausländern.

Tab. 17

Prozentualer Wurmbefall mit:

Herkunftsland	Anzahl der Untersuchten	Taenia		Ankylost.		Ascaris		Trichuri.		Hymenol.		Strongyl.		Enterob.		Bilharz.		Autor.
		Einzel	Misch	E	M	E	M	E	M	E	M	E	M	E	M	E	M	
Deutschland	2589		0,3		0,03		0,2		0,2				0,03		0,03			(95)
	68		0 0		0 0		0 0		0 0		0 0		0 0		0 0			(119)
Türkei	480		2,5 4,1		1,4 2,0		11 18		24,7 22		0,8		0,2 1,3		0,4 5,2			(119)
	77		1,3		1,3		3,9 1,3		1,3 1,3									(129)
	17								65									(63)
Italien	330		0,3		0,9 0,3		0,9 0,3		9,7 0,9		0,6 0,6		0,3		0,9			(119)
Brasilien [1]	33		0 3		36 39		0 6		0 33									(109)
	57				89		54		52		1,7		1,7		3,5			(120)
Korea	50						14 26		42 26									(3)
	41				7,3				90								2,4	(63)
Afrika	2																100	(63)
keine nat. Gliederung	897		0,2		1,8		5,5		10		0,4				0,1			(95)

[1] keine Gliederung nach Einzel- und Mischbefall

Da alle Proben in autorisierten Hygiene- Instituten untersucht wurden, kann kein Zweifel an der Fachkompetenz der nicht leichten helminthologischen Diagnostik bestehen. Selbst größere prozentuale Schwankungen erklären sich durch methodische Unterschiede, wie strenge Überwachung der Probenahme, Mehrfachproben mit zeitlicher Differenz und Anwendung von Anreicherungsverfahren. Insgesamt bietet sich unter dieser Voraussetzung ein relativ einheitliches Bild, daß einen vielfach höheren Wurmbefall der Ausländer gegenüber den Deutschen ausweist. Bei den Türken sind Tania sag., Ankylostoma duodenale, Ascaris lumbricoides, Trichuris trichiura und Enterobius vermicularis bedeutsam, bei den Italienern nur Trichuris trichiura und bei Koreanern Ankylostoma duodenale, Ascaris lumbricoides und ebenfalls Trichuris trichiura. Die demographisch zahlenmäßig unwesentliche Gruppe der Brasilianer soll hier wegen ihrer geringen epidemiologischen Bedeutung nicht weiter betrachtet werden.
Aus der Betrachtung der Infektionsketten dieser Parasiten ergibt sich:

1. Tania saginata ist ohne Zwischenwirt nicht direkt auf den Menschen übertragbar (Ausnahme Laborinfektion).

2. Ankylostoma duodenale-, Ascaris lumbricoides- und Trichuris trichiuraeier sind nach dem Absetzen nicht infektionstüchtig. Sie benötigen einen Reifeprozeß, der bei A. duodenale hohe Luftfeuchtigkeit und hohe Lufttemperatur voraussetzt. Voraussetzung für eine Infektion wäre also Defäkation im Freien oder Düngung mit menschlichen Fäkalien und Barfußlaufen. Das ist in der mitteleuropäischen Kultur, auch im Gruben- oder Tunnelbau nahezu auszuschließen.

3. Eine Kontaktinfektion mit Enterobius vermicularis ist möglich. Im Vordergrund stehen allerdings hierbei die im Kindesalter gehäuften Infektionen mangels Beachtung hygienischer Erfordernisse.

Die Forderung einer generellen Untersuchungspflicht ausländischer Arbeitnehmer auf Helminthosen (94)(3)(140)(129) erscheint aus rein epidemiologischen Gründen als überzogen (138). SCHMITT (109) weist mit Recht auf die Schwierigkeiten organisatorischer und psychologischer Art hin. Weiterhin ist

zu bedenken, daß der Kontakt mit der unsanierten Familie, wie auch Urlaubsaufenthalte in der Heimat zu Erst-, Re- oder Superinfektionen führen können. Im Bergbau wird die Untersuchung seit langem praktiziert. Jeder Bergmann, der aus wurmgefährdeten Gebieten zuwandert, kann erst seine Untertagetätigkeit nach drei negativen Stuhlproben im Abstand von drei Tagen aufnehmen (138).
Eine Sanierung durch den Hausarzt ist bei entsprechender Symptomatik in jedem Fall anzustreben, zumindest sollte er bei Ausländern mit unklaren abdominellen Beschwerden differentialdiagnostisch öfter an Helminthosen denken. Eine Verbesserung der hygienischen Verhältnisse muß angestrebt werden. In erster Linie ist dabei an die Sanierung der Wohnraumsituation zu denken.

Gonorrhoe:

Über die Häufigkeit von Gonorrhoeerkrankungen bei ausländischen Arbeitnehmern wissen wir so gut wie nichts. Zu dieser Thematik liegt nur eine Arbeit mit spärlichem Zahlenmaterial vor (77). Nach den Behandlungsdaten der Universitätspoliklinik Frankfurt nahm die Gesamtzahl der diagnostizierten unkomplizierten Gonorrhoe`n in den ersten 9 Monaten des Jahres 1979 auf 176 gegenüber 147 im Jahre 1972 zu. Das entspricht einer Steigerung von 38,35%. Der Anstieg der Behandlungszahlen war bei ausländischen Arbeitnehmern geringer. Hier stehen 76 Fälle in 1972, 79 Fälle in 1979, was einer Steigerung von 27,8% entspricht, entgegen. Auf die Problematik der Aufdeckung von Infektionsquellen wegen schlechter sprachlicher Verständigung wird hingewiesen. Das Zahlenmaterial erlaubt nicht den geringsten Schluß auf die Inzidenz und Prävalenz der Go., weil die Streuung der therapeutischen Möglichkeiten zu groß ist und deren zahlenmäßige Nutzung nicht bekannt ist. Bei der derzeitig praktizierten Meldepflicht dürfte diese Grauzone auch kaum jemals erhellt werden. Grundsätzlich ist wohl davon auszugehen, daß Geschlechtskrankheiten kaum durch die Gruppe der ausländischen Arbeitnehmer in die Gastländer eingeschleppt werden (145).

Sozialmedizinische Faktoren, wie Trennung von der Familie, sowie mangelhafte soziale Integration begünstigen aber den Erwerb im Gastland.

andere Infektionskrankheiten:

Auf die Darstellung theoretischer Erkrankungsmöglichkeiten, die bisher nicht in der Literatur bestätigt wurden soll hier bewußt verzichtet werden.
STORCK und Mitarb. (133) beobachteten von 1959 - 67 drei durch Gastarbeiter eingeschleppte Leprafälle in der Züricher Hautklinik. Es handelte sich dabei in allen Fällen um Italiener aus Calabrien. Das Krankheitsbild entsprach dem lepromatösen Typ. Die richtige Diagnose wurde relativ spät, nämlich 2 Monate - 3 Jahre nach der ersten Untersuchung in der Schweiz gestellt.
Über die nach Deutschland eingeschleppten Leprafälle durch ausländische Arbeitnehmer gibt die Statistik des Bundesgesundheitsamtes Auskunft (145).

JAHR	GESAMT-ZAHL	NATIONALITÄT (Typ)
1964	1	Marokko (Lepromatosa)
1965	–	–
1966	2	Spanien (Lepromatosa)
1967	–	Italien (" ")
1968	3	Portugal (Lepromatosa) Spanien (" ") Italien (" ")
1969	2	Griechenland (Lepromatosa) Griechenland (" ")
1970	–	–
1971	2	Griechenland (indeterminata) Türkei (tuberculoides)
1972	3	Türkei (Borderline) Spanien (" ") Spanien (indeterminata)
1973	4	Türkei (Borderline) Türkei (tuberculoides) Jugoslawien (Lepromatosa) Italien (" ")
1974	1	Türkei (Lepromatosa)
1975	1	Türkei (tuberculoides)

Tab. 18 Lepraeinschleppung durch ausländische Arbeitnehmer in die BR Deutschland von 1964- 75 (145).

Insgesamt wurden in diesem Zeitraum 39 Leprafälle eingeschleppt. 19 entfallen davon auf ausländische Arbeitnehmer.

Von 1974 142 eingeschleppte Salmonellosen kamen 99 aus den Herkunftsländern der bei uns hauptsächlich vertretenen ausländischen Arbeitnehmergruppen (145). Eine statistische Trennung der Einschleppung durch Gastarbeiter und Touristen wurde hier nicht vorgenommen.
Von 1971 - 74 entfallen bei einer Gesamtzahl von 17 Choleraeinschleppungen in die Bundesrepublik 2 auf ausländische Arbeitnehmer (Italien und Portugal)(145).
Auffallend hoch ist dagegen der Anteil der Ausländer an den Poliomyelitiserkrankungen der Jahre 1970 - 1974 in Deutschland.Tab. 19 (145).

Tab. 19 Poliomyelitiserkrankungen der Jahre 1970- 74 in der Bundesrepublik Deutschland (145)

	1970	1971	1972	1973	1974
GESAMTZAHL	13	16	15	28	15
davon					
TÜRKEN	3	8	5	18	10
ITALIENER	1	1	-	1	-
GRIECHEN	-	-	-	1	-
JUGOSLAWEN	-	-	-	1	-
MAROKKANER	-	-	-	1	-
DEUTSCHE	8	7	10	6	3

Bei dem hohen Anteil der Türken handelt es sich ausschließlich um Kinder im Alter von 1 - 3 Jahren, die bis dahin an keiner Impfaktion teilnahmen. Einschleppung ist hier nicht anzunehmen. Hier zeigt sich die große Aufgabe für den Öffentlichen Gesundheitsdienst, diese Risikogruppe zu erfassen und rechtzeitig einer Schluckimpfung zuzuführen.

Insgesamt gesehen ist die Zahl der Einschleppungen gemessen

an der großen Zahl ausländischer Arbeitnehmer gering (145). Dennoch muß der Praktiker an das Vorkommen dieser Erkrankungen denken um Therapie und evtl. Schutzmaßnahmen nicht unnötig zu verzögern. Das gilt ebenfalls bei Einheimischen, die durch die Ausweitung des weltweiten Tourismus ähnlichen Risiken unterliegen.
LÜDERS (71) beobachtete häufiges Auftreten von Skabies und Pediculus capitis bei Gastarbeitern (kein Zahlenmaterial). Eine Verbindung zur mangelhaften Wohnhygiene wird angenommen.
RIETH (105) differenzierte das Risiko mykotischer Infektionen bei Gastarbeitern in zweifacher Hinsicht. Er glaubt einmal, daß durch den Wechsel des Lebensraumes und der damit verbundenen Konfrontation mit anderen hygienischen Bedingungen und Biotypen von Krankheitserregern eine erhöhte Infektionsgefahr besteht. Andererseits können aus den Heimatländern Pilzinfektionen eingeschleppt werden, wie Favus und Microsporie. Aufklärung und Verbesserung der allgemeinen und individuellen Hygiene werden gefordert.

e.) Blutdruckverhalten und funktionelle Beschwerden bei Gastarbeitern

Die einzige Studie hierzu verdanken wir PFLANZ und Mitarb. (48)(97), deren Ergebnisse aus einem transkulturellen Vergleich zwischen griechischen Gastarbeitern in Deutschland (n = 599) und der Heimatpopulation in Griechenland (n =678) resultieren. Die Probanden beider Gruppen hatten ein Alter von 20 - 44 Jahren. Durch die Untersuchung wurden Größe, Gewicht, Oberarmumfang und Blutdruck in zweimaliger Blindmessung ermittelt. Der zweite, nach dem Interview ermittelte Wert, wurde statistisch verwertet. Die Befragung nach funktionellen Beschwerden (Kopfschmerzen, Herzbeschwerden, Oberbauchbeschwerden, Obstipation, Schlafstörungen, Mattigkeit, innere Unruhe) wurde vom griechischen Mitautor in der Landessprache vorgenommen. Untersuchungsort in Griechenland war der nördliche Peloponnes und eine Fabrik in Athen.
Tab. 20 gibt eine Übersicht über die ermittelten Blutdruck-

mittelwerte, Hypertoniehäufigkeiten und Broca- Indizes (97).

Tab. 20 Blutdruckmittelwerte, Hypertoniehäufigkeit und Broca-Index bei Griechen im Heimatland und griechischen Gastarbeitern in Deutschland (97)

	n	RR syst. S.	RR diast. S.	Hypert.%	Broca- Ind.
MÄNNER					
Griechenl.	239	125,5 n.s.	76,7 n.s.	5 n.s.	97,5 p < 0,001
Gastarb.	410	126,9	78,2	10	94,2
FRAUEN					
Griechenl.	439	122,4 p<0,001	73,7 p< 0,001	3 p< 0,001	100,7 n.s.
Gastarb.	189	127,7	79,0	13	100,4

Während bei den Männern keine signifikanten Unterschiede der Blutdruckmittelwerte bestehen, zeigen die griechischen Frauen in Deutschland signifikant höhere Werte. Das gleiche gilt für den Anteil an Hypertonikerinnen. Wie der Broca- Index zeigt, spiegeln sich die Gewichtsverhältnisse hierbei nicht statistisch in den Blutdruckwerten wieder.
Zur Klärung der Frage des Zusammenhanges zwischen soziokulturellem Strukturwandel und Blutdruckunterschieden wurde die zeitliche Beziehung zur Aufenthaltsdauer in Deutschland untersucht. Tab.21 zeigt die Ergebnisse.

Tab. 21 Blutdruckmittelwerte, Hypertoniehäufigkeit und Broca- Index bei griechischen Gastarbeitern in Deutschland in Abhängigkeit von der Aufenthaltsdauer (97)

	RR syst.	S.	RR diast.	S.	Hypert.%	S.	Broca-Ind.	S
MÄNNER								
bis 6 Mo.	127,2		77,3		8		93,9	
		p<0,05				n.s.		n.s.
7- 12 Mo.	121,9		77,6		10		93,3	
		p<0,05		p<0,05		n.s.		n.s.
> 12 Mo.	127,7		80,2		13		95,2	
FRAUEN								
bis 6 Mo.	126,0		80,0		13		100,9	
		n.s.		n.s.		n.s.		p<0,05
7- 12 Mo.	125,3		76,8		9		94,9	
		n.s.		n.s.		n.s.		p<0,05
> 12 Mo.	129,3		78,8		13		101,3	

Die Aufenthaltsdauer in Deutschland zeigte bei Männern und Frauen keine statistische Beziehung zur Hypertoniehäufigkeit. Der mittlere Blutdruckwert zeigte bei beiden Geschlechtern auch keine Beziehung zur Schwere der Arbeit, zum eventuellen Berufswechsel und zur geäußerten Zufriedenheit mit der gegenwärtigen Situation.
Die prozentuale Häufigkeit funktioneller Beschwerden beider Probandengruppen zeigt Tab. 22.

Tab. 22 Funktionelle Beschwerden bei Griechen in der Heimat und griechischen Gastarbeitern in Deutschland (97)

	Kopf-schmerzen %	Herz-beschwerden %	Oberbauch-beschwerden %	Obstipation %	Schlaf-störungen %	Mattig-keit %	Innere Unruhe %
MÄNNER							
Griechenl.	20	9	25	5	12	15	43
Gastarb.	16	6	10	5	9	8	29
Sign.	n.s.	n.s.	$p<0,001$	n.s.	$p<0,025$	$p<0,01$	$p<0,001$
FRAUEN							
Griechenl.	28	13	19	13	17	25	37
Gastarb.	22	5	8	13	17	17	29
Sign.	n.s.	$p<0,005$	$p<0,001$	n.s.	n.s.	$p<0,05$	n.s.

Wie die Ergebnisse zeigen sind fast alle erfragten funktionellen Beschwerden häufiger in der griechischen Bevölkerung, als in der Gastarbeitergruppe vorhanden. Die Beziehung der Beschwerdenhäufigkeit zur Aufenthaltsdauer zeigte bei den Gastarbeiterinnen keine signifikanten Unterschiede, bei den männlichen Gastarbeitern hatte die Gruppe, die erst weniger als 7 Monate in Deutschland war, signifikant weniger Herz- und Oberbauchbeschwerden als die Gastarbeiter, die schon 7 bis 12 Monate lang in Deutschland lebten (97). Die geringe Beschwerdenhäufigkeit der Gastarbeiter überrascht und steht im Gegensatz zu weitverbreiteten An-

sichten in der Literatur. Inwieweit verbale Äußerung und Wirklichkeit übereinstimmen muß allerdings offen bleiben. Dennoch sollten diese Ergebnisse Anlaß sein verkrustete Vorstellungen neu zu überdenken. Anders stellen sich die Blutdruckverhältnisse dar. Der systolische und diastolische Blutdruck der weiblichen Gastarbeiter ist im Durchschnitt um 5,3 mm Hg gegenüber der Heimatpopulation erhöht. In Anbetracht des Gruppenalters von 20 - 44 Jahren, daß wenig Hypertonien nach der WHO Definition (> 160/95) erwarten läßt, wie auch der hohen Gruppenstärke erscheint die Differenz als garnicht so gering. Das gleiche gilt für die Hypertoniehäufigkeit, die in der männlichen Gastarbeitergruppe doppelt und in der weiblichen mehr als 4mal so hoch wie im einheimischen Vergleichskollektiv gefunden wurde. Welche Rolle hierbei die Gewichtsverhältnisse im einzelnen spielten geht aus der Literatur nicht hervor. Der Summendurchschnitt der Broca- Indizes ist für diese Betrachtung ungeeignet.

Die Methodik des transkulturellen Vergleiches ist sicher geeignet Einflüsse des soziokulturellen Wandels auf den Gesundheitszustand deutlich zu machen. Ob das in der vorliegenden Blutdruckstudie gelungen ist bleibt dennoch fragwürdig, weil der Blutdruck eine zu komplexe von vielen noch unklaren Faktoren beeinflußte " momentane " Größe darstellt. PFLANZ konnte alters- und geschlechtsbedingte, sowie ethnische und konstitutionelle Variablen ausschließen. Klimatische und psychische Faktoren fanden als interven. Variablen keine Berücksichtigung.

f.) Orthopädische Erkrankungen und Osteomalazie

MARQUARDT (75) beobachtete bei Gastarbeitern aus Italien, Griechenland und der Türkei überwiegend Rückenschmerzen, deren Lokalisation im Bereich der Hals- und Lendenwirbelsäule sich nicht von der deutschen Population unterschied. Patienten mit groben Ischias- Symptomen waren häufig anzutreffen. Das Verhältnis der Bandscheibenschäden, die eine Operation erforderten, unterschied sich bei männlichen Gast-

arbeitern nicht von den Einheimischen und war bei Gastarbeiterinnen wesentlich geringer als bei deutschen Arbeiterinnen. Die Operationsindikation wurde bei Ausländern, insbesondere für Eingriffe, die eine längere Arbeitsunfähigkeit mit sich brachten, zurückhaltend gestellt. Arthrosis deformans der großen Gelenke, wie auch Meniscopathien wurden wegen der günstigen Altersstruktur selten beobachtet. Auffallend groß dagegen war die Zahl der Knochen- und Gelenktuberkulosen mit teilweise schweren Befunden[1]. Die in Deutschland geborenen Gastarbeiterkinder unterschieden sich hinsichtlich angeborener Mißbildungen des Skelettssystems nicht von deutschen Kindern mit der Ausnahme, daß häufiger eine floride Rachitis vorlag. Bei im Ausland geborenen Gastarbeiterkindern lagen vermehrt angeborene Hüftgelenkluxationen und unbehandelte Klumpfüße im fortgeschrittenen Alter vor. Zahlenangaben fehlen in dieser Mitteilung. OFFERMANN (91)(92) führte auf Grund seiner Beobachtungen von florider Osteomalazie bei türkischen Frauen einen laborchemisch altersstandardisierten Vergleich zwischen 93 Türken und 90 Deutschen durch. Die überwiegende Zahl der untersuchten Türken war in der Türkei geboren und nach Deutschland eingereist. Die Ergebnisse zeigt die Tab. 23.

[1] Die Bundesstatistik der Inzidenzen der extrapulmonalen Tuberkulose der Jahre 1972- 74 weist für die Knochen- und Gelenktuberkulose ein Verhältnis zwischen Deutschen und Ausländern von 9 : 1 aus (73).

Tab. 23 Laborparameter des Knochenstoffwechsels bei Türken in Deutschland und Deutschen (92)

Alters-gruppe	Nationalität	Probanden	25-Hydroxy-vitamin D ng/ml	immunreaktives Parathormon pg/ml	Kalzium mmol/l	Phosphat mmol/l	alkalische Phosphatase u/l
Neugeboren	T	15	4,5	14	2,40	1,70	74
	D	15	9,9	10	2,42	1,66	54
Kinder	T	13	7,2		2,45	1,53	81
	D	16	28,3		2,55	1,43	67
Adoleszente	T	25	4,7	30	2,34	1,15	109
	D	22	16,0	13	2,41	1,00	64
Erwachsene	T	25	5,8		2,31	0,99	36
	D	22	18,3		2,44	1,09	25
Schwangere	T	15	9,6	17	1,92	1,05	72
	D	15	31,0	10	2,01	1,02	75
Normbereich			15-55	0-110	2,25-2,7	K1,3-2,3 E0,8-1,6	K-148 E20-48

In jeder untersuchten türkischen Altersgruppe bestand ein Vitamin- D- Defizit im Vergleich zur entsprechenden deutschen Vergleichsgruppe. Da keine vergleichbaren Untersuchungen in der Türkei vorliegen, muß die Frage ob der Vitamin-D- Mangel erst in Deutschland erworben wurde, offenbleiben. Diskutiert werden als mögliche Ursachen geringere Sonneneinwirkung, nutritive, metabolische und genetische Faktoren. Ob eine prophylaktische Vitamin D- Gabe generell sinnvoll ist, müssen umfangreichere Untersuchungen klären (92).

g.) Ophthalmologische Erkrankungen

Zu dieser Thematik liegt nur eine Veröffentlichung (149) aus dem Jahre 1967 ohne Zahlenmaterial vor. In der Unfallhäufigkeit spielen hier am Sehorgan Verätzungen und perforierende Bulbusverletzungen die Hauptrolle. Die intensive UV- Strahlung in den Mittelmeerländern, die als wesentlicher Faktor in der Genese der Pterygium cornae angesehen wird, läßt ein vermehrtes Auftreten dieser Anormalität bei Gastarbeitern aus diesem Bereich vermuten. An Infektionskrankheiten sah man gelegentlich das Trachom oder dessen Narbenstadium in Form einer granulomatösen Konjunktivitis. Zu beachten ist auch die Lepra, die sich in Form einer sklerosierenden Keratitis am Auge manifestieren kann.

h.) Stomatologische Behandlungsprobleme

Im Vordergrund diagnostischer und therapeutischer Probleme steht auch in der Stomatologie die mangelhafte sprachliche Verständigung (64)(136). Damit verbunden ist häufig die falsche Vorstellung ausländischer Arbeitnehmer, daß die Krankenkassen die vollen Kosten für prothetische Maßnahmen übernehmen. Oft erschien auch das Verständnis und die Geduld für konservierende und endodontische Maßnahmen gering (64). Im Widerspruch dazu steht die Mitteilung über das häufige Bestreben türkischer Patienten viel Gold, möglichst sichtbar, als Statussymbol im Munde zu tragen (136). Auffallend selten sind bei Türken Wurzelfraktoren bei Extraktionen und Komplikationen beim Durchbruch der unteren Weisheitszähne zu beobachten. Als streßbedingt sieht STRUNDEN (136) initiale Parodontopathien und Schmerzempfindungen einzelner klinisch unauffälliger Zähne, deren Extraktion in der Regel erst die Beschwerden beseitigt. Nach eigenen Beobachtungen, dürfte es abgesehen von Verständigungsschwierigkeiten kaum Probleme bei der stomatologischen Versorgung der Gastarbeiter geben. Es kommt in der werkärztlichen Praxis ausgesprochen selten vor, daß bei ausländischen Arbeitnehmern ein grob sanierungsbedürftiges

Gebiß festgestellt wird (im Gegensatz zu deutschen Arbeitnehmern). Häufig steht das äußere Erscheinungsbild in einem krassen Gegensatz zum vor Gold strotzenden Gebiß, sodaß man die Zahnsanierung, ob nun mit oder ohne Gold, wohl eher als besonderes Gesundheitsbedürfnis ausländischer Arbeitnehmer werten muß. Außerdem mußten die bis Ende 1973 durch die Bundesanstalt für Arbeit vermittelten Bewerber nach den Bewertungsrichtlinien zahnsaniert sein.
Keine Erwähnung in der Literatur fand der auffallende hohe Abnutzungsgrad der Kauflächen der Zähne, der regelmäßig bei Türken jenseits des 3. Dezeniums zu beobachten ist. Ob die Ursache dafür allein in anderen Ernährungsgewohnheiten liegt, bleibt offen.

i.) Gynäkologische und geburtshilfliche Aspekte bei Gastarbeiterinnen

Der wachsende Anteil der Ausländer an der Gesamtgeburtenzahl in Deutschland, Österreich und der Schweiz veranlaßte zahlreiche Kliniker dieses Fachbereiches sich mit Aspekten gynäkologischer Erkrankungen und geburtshilflicher Parameter bei Ausländerinnen zu beschäftigen. Insgesamt liegen 15 Arbeiten zu dieser Thematik vor. Bevor die Ergebnisse vergleichend dargestellt werden, soll im einzelnen kurz auf die Methodik und auf die gefundenen Abweichungen von der einheimischen Klientel eingegangen werden.
HAUSER und TAPIA (49) analysierten die Krankengeschichten von 3204 Schweizerinnen und 943 Ausländerinnen, die von 1972 - 74 wegen gynäkologischer Erkrankungen im Kantonsspital Luzern behandelt wurden. Die Ausländergruppe setzte sich im wesentlichen aus 50% Italienerinnen, 19% Spanierinnen und 10,4% Jugoslawinnen zusammen. Im Vergleich zu den nicht nach Alter, Sozialschicht und Parität standardisierten Schweizerinnen fiel eine starke Häufung aller Abortformen bei den Ausländerinnen auf. Bei den Schweizerinnen überwogen wahrscheinlich altersbedingt Tumoren, Cysten und Karzinome. Bei den Zyklusstörungen ergab sich kein Unterschied

zwischen beiden Gruppen.
Bei einer Befragung von 126 Italienerinnen im gleichem Haus fanden GIROTTI und HAUSER (40) dagegen, daß 30% der Befragten bei Einwanderung in die Schweiz Zyklusstörungen durchmachen, von denen sich 60% nicht mehr spontan zurückbildeten. Als disponierende Faktoren wurden u.a. ermittelt: belastete medizinische Anamnese, hohe Qualifikation der Arbeit, Herkunft aus Norditalien und Landgegenden, Verschlechterung der Wohnungssituation, Wechsel der Kost, leptosomer Habitus, Religiosität, unausgefüllte Freizeit, unqualifizierter Beruf des Vaters und Stadtbeschäftigung in der Schweiz. Alter, Zivilstand, Geschlechtsverkehr und Lohn vor der Auswanderung waren ohne Einfluß. Die statistische Häufung der migrationsbedingten Merkmale muß hier zwangsläufig erfolgen. Unerklärt bleibt die Diskrepanz zwischen der großen Rate der Zyklusstörungen in der Befragung und der geringen Repräsentation in der Klientel.
ENDL und TATRA (27) analysierten Krankengeschichten von 290 Jugoslawinnen und Türkinnen mit der sozialen Struktur " Gastarbeiterin ", die von 1970 - 72 an der Universitäts-Frauenklinik Wien stationär behandelt wurden. Die Diagnosen wurden mit denen eines altersstandardisierten Kollektivs von Inländerinnen verglichen. Bei den Gastarbeiterinnen fanden sich in allen Altersgruppen häufiger gestörte Graviditäten bis zur 28. Schwangerschaftswoche, dagegen weniger oft benigne Tumoren. Zyklusstörungen wurden bei Gastarbeiterinnen nicht häufiger diagnostiziert. Hinsichtlich geburtshilflicher Aspekte gingen die gleichen Autoren (28) methodisch an einem alters-, paritäts- und sozialstandardisiertem Kollektiv von 547 Jugoslawinnen und Türkinnen, sowie 547 Inländerinnen gleich vor. 11,3% der Gastarbeiterinnen und 5,8% der Österreicherinnen nahmen nicht an den Schwangerschaftsberatungen teil. EPH Gestosen traten bei Österreicherinnen wesentlich häufiger, nämlich in 10,4% aller Fälle gegenüber Gastarbeiterinnen (5,7%) auf. Mittelschwere und schwere Anämien waren bei Gastarbeiterinnen häufiger anzutreffen. Beckenanomalien wurden in beiden Kollektiven gleich häufig beobachtet. Geburtshilfliche Operationen (Sectio und Vaku-

umextraktion) wurden bei Österreicherinnen häufiger angewandt.
Die höhere Zahl perinatal verstorbener Kinder von Gastarbeiterinnen ergab sich aus der höheren Zahl von Totgeburten. Ein Zusammenhang mit der mangelnden Teilnahme an der Schwangerenvorsorge und der erhöhten Anämiehäufigkeit wird vermutet. Das gilt ebenfalls für den erhöhten Anteil dysmaturer Kinder bei den Gastarbeiterinnen. Die Mißbildungsrate betrug im Zeitraum von 1967 - 72 bei Gastarbeiterkindern 1,88% gegenüber 0,99% bei Nichtgastarbeiterkindern.
HAUSER und Mitarb. (49) standen 1989 Ausländergeburten (62% Italienerinnen, 25% Spanierinnen, 4% Jugoslawinnen) der Jahre 1971 - 74 zur Analyse zur Verfügung. Die 2865 Schweizer Vergleichsgeburten unterschieden sich von dieser Gruppe hinsichtlich des Alters der Gebärenden, Parität und des Sozialstatus. Die Sectiofrequenz war bei Ausländerinnen hochsignifikant geringer (7,7% zu 12,2%). Die EPH Gestosen waren dagegen leicht erhöht. Die Kinder der Ausländerinnen zeigten weniger Mißbildungen. Totgeburten waren signifikant und Frühgeburten hochsignifikant verringert.
RIMBACH (106) fand bei 800 Ausländergeburten (62% Französinnen, 12,6% Griechinnen, 10% Italienerinnen) weniger operative Entbindungen als bei Deutschen. Dabei war der Anteil der Ausländerinnen mit Sprachschwierigkeiten mit 10,3% gegenüber denen ohne Sprachschwierigkeiten mit 7% erhöht. Die perinatale Mortalität war in beiden Gruppen gleich groß. Der Anteil der Frühgeburten lag bei den Ausländerinnen um 0,6% höher (Geburtsgewicht < 2500g). Einflüsse durch die geringe Körpergröße der Ausländerinnen sind anzunehmen.
SCHLIEMANN und Mitarb. (108) ermittelten anhand von 1217 Ausländergeburten im Vergleich zu einem in der Altersverteilung und Parität übereinstimmendem deutschen Kollektiv eine signifikant erhöhte Sectiofrequenz der Ausländerinnen (5,3% zu 3,4%). Bei dem Vergleich der Frühgeburtenrate, der Gestosen und der perinatalen Mortalität gab es keine Unterschiede.
WITTLINGER und Mitarb. (147)(148) fanden bei 621 Ausländer-

geburten des Klinikums Mannheim keine erhöhte Frequenz geburtshilflicher Operationen. Lediglich bei den Spanierinnen war die Sectioquote auf der Basis eines Mißverhältnisses signifikant erhöht. Frühgeburtenhäufigkeit und perinatale Mortalität ergaben keine statistischen Unterschiede.
SCHULTZE - NAUMBURG`s (122) Analyse von 1921 Ausländerentbindungen (68% Türkinnen und 19% Jugoslawinnen) gegenüber 9009 deutschen Entbindungen ergab eine um 5% erniedrigte operative Entbindungsrate der Ausländerinnen. Die Sectiohäufigkeit betrug 9,4% bei den Deutschen und 7,5% bei den Ausländerinnen. Die Frühgeburtenrate war bei den Ausländerinnen um 1% erhöht. Der Vergleich der perinatalen Sterblichkeit erbrachte keinen statistisch signifikanten Unterschied.

In einer Analyse an 216 perinatal verstorbenen Neugeborenen (davon 54 Gastarbeiterkinder) untersuchten HÖFLING und Mitarb. (55) den Einfluß sozialer Faktoren auf die perinatale Letalität. Aus der deutschen Vergleichsgruppe wurden die Privatpatientinnen statistisch eleminiert und als eigene Gruppe geführt.
Während die perinatale Letalität (nach WHO Definition) in der Gastarbeitergruppe und in der deutschen Vergleichsgruppe keine Unterschiede zeigte, war deren Häufigkeit in der Gruppe der Privatpatientinnen signifikant vermindert (3,65% : 1,9%). Die Frühgeburtenrate ist bei den Privatpatientinnen nur halb so hoch wie in den beiden Vergleichsgruppen (4,9% : 9,2%). Dagegen zeigte die Frühgeborenensterblichkeit keine Unterschiede in den drei Gruppen. Der Einfluß der Zugehörigkeit zu einer sozialen Gruppe auf die " Frühgeburtlichkeit " wird hier deutlich. Größere Eigeninitiative und intensivere ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft könnten dabei eine Rolle spielen.
STROBEL`s Erhebungen (135) an 214 Gastarbeiterinnen (51,9% Türkinnen, 16,5% Italienerinnen, 13,6% Griechinnen, 10,7% Jugoslawinnen und 3,9% Spanierinnen) bestätigen diese Annahme. 5,3% der Ausländerinnen waren gegenüber 0,8% der Deutschen im Jahre 1972 während der Schwangerschaft nicht ärztlich betreut worden. Bei Beteiligung an der Schwangeren-

vorsorge tendierten die Gastarbeiterinnen mehr zum Hausarzt, die Deutschen mehr zum Facharzt.

Über Schwangerschaftsabbruchbegehren ausländischer Arbeitnehmerinnen ist größenordnungsmäßig wenig bekannt. Unterschiede zu einheimischen Frauen sind lediglich hinsichtlich des Familienstandes aus der Literatur zu entnehmen. BURCKHARDT - TAMM (18) fand in der Schweiz unter den 1974 auf Schwangerschaftserstehungsfähigkeit begutachteten Patientinnen 85% verheiratete Gastarbeiterinnen. Die Schweizerinnen waren nur in 49% verheiratet. In VON DER MÜHLEN`s (82) Patientengut in Frankfurt / M. betrug dieses Verhältnis 92 zu 65% für Ausländerinnen und Deutsche. Bei den Ausländerinnen war der Ehemann in 85% der Schwangerschaften der Kindesvater, bei den Deutschen nur in 41% der Fälle. Die häufigsten Gründe, die bei den Ausländerinnen zum Interruptionswunsch führten waren sozialer und traditioneller Art wie dringende Notwendigkeit der beruflichen Mittätigkeit der Ehefrau, Angst vor Verlust des Arbeitsplatzes, Angst vor Verstoß aus der Familie, verminderte Heiratschancen und in der Schweiz die kantonal unterschiedlich geregelte Aufenthaltsbewilligung für uneheliche ausländische Kinder (18).

Ein umfassender quantitativ- zahlenmäßiger Vergleich der wichtigsten Ergebnisse gynäkologisch- geburtshilflicher Untersuchungen ist ohne Betrachtung des methodischen Vorgehens der Autoren sinnlos. Um dennoch eine Übersicht zu geben, wurde in Tab. 24 eine vergleichende Darstellung gewählt, in die nur statistisch signifikante Abweichungen aufgenommen wurden.

Gynäkolog.-geburtshilfliche Aspekte bei Gastarbeiterinnen im Vergleich zu einheimischen Frauen	Autoren:							
	Hauser u. Mitarb (49)	Endl u. Mitarb (26) (27) (28)	Rimbach (106)	Schliemann u.M. (108)	Wittlinger u.M. (147) (148)	Schultze-N. u. M. (122)	Höfling u. M. (55)	Strobel (135)
Aborthäufigkeit	↑	↑						
Zyklusstörungen	→	→						
entzündl. Erkrank.		↓						
Teilnahme an der Schwangerenberatung		↓						↓
Beckenanomalien		→	→					
regelwidrige Lagen	→							
EPH- Gestosen	↑	↓		→				→
Sectiohäufigkeit	↓	↓	↓	↑	→	↓		→
Forceps u.Vakuumextr.	→	↓		→	→	↓		
Mißbild. der Kinder	↓							
Totgeburten	↓	↑						
Frühgeburten	↓	↑	↑	→	→	↑	→	

Tab. 24 ↑= erhöht, ↓= geringer bei Gastarb., → = kein Unterschied

Die oftmals gegenteiligen Ergebnisse der Autoren lassen zur Zeit keine besonderen gynäkologisch- geburtshilflichen Risiken bei Gastarbeiterinnen erkennen. Selbst die Übereinstimmung in der geringeren Teilnahme an der Schwangerenberatung und in der möglicherweise dadurch miterhöhten Aborthäufigkeit der Ausländerinnen muß fragwürdig bleiben, weil hier eine Gewichtung des Vergleichskollektivs unterlassen wurde. Abgesehen von der Altersstruktur hat auch die Sozialstruktur (wie HÖFLING (55) zeigen konnte) einen wesentlichen Einfluß auf diese Größen. Bei der Frequenz geburtshilflicher Operationen ist ein abweichendes Verhalten von Klinik zu Klinik durch die Beeinflußung verschiedener Schulen anzunehmen.
Der direkte Vergleich wird auch durch die quantitative Repräsentanz unterschiedlicher Nationalitäten in der nach außen homogen scheinenden ausländischen Arbeitnehmergruppe in den einzelnen Gastländern gestört. Der viel wesentlichere Vergleich einzelner Nationalitäten zu ihrer Heimatpopulation ist wegen fehlenden Vergleichsmaterials nicht möglich. Vergleiche in den Gastländern können an Aussagefähigkeit gewinnen wenn die Einflußgrößen Alter, Parität und Sozialstruktur berücksichtigt werden.

j.) Gesundheitliche Aspekte bei Gastarbeiterkindern und Jugendlichen aus Gastarbeiterfamilien

Auf den hohen Anteil ungeimpfter türkischer Kinder an der Poliomyelitisinzidenz in der Bundesrepublik wurde im Kapitel Infektionskrankheiten schon hingewiesen. Eine Münchener Impfstudie[1] zeigte für die Jahre 1976 und 1977 eine häufig verspätete Impfteilnahme und häufig unvollständige Schutzimpfungen bei ausländischen Kindern.
Auf eine höhere Tuberkuloseinzidenz ausländischer Kinder und Jugendlicher wird in der Literatur allgemein hingewiesen. Klinische Beobachter schätzen anhand ihrer Belegungsstatistik ein drei- bis fünffach höheres Infektionsrisiko bei 12- bis 14jährigen Ausländerkindern im Vergleich zu gleichal-

[1] (51), S. 208

trigen Einheimischen[1].
Mit einem Vergleich der Nutzung der Früherkennungsuntersuchungen U1 - U5 durch Deutsche und ausländische Arbeitnehmer beschäftigte sich 1976 eine Düsseldorfer Studie[2]. Danach nutzten Deutsche die Früherkennungsuntersuchungen am häufigsten (U1 = 91,2% ; U5 = 56,7%) und Türken am wenigsten (U1 = 67,2% ; U5 = 10,4%). Von diesem Ergebnis ausgehend, wurden einige soziodemographische Daten der Vergleichsgruppen analysiert. Dabei zeigte sich, daß auch in der deutschen Gruppe eine Abhängigkeit zwischen sozialer Schichtzugehörigkeit und Nutzungsfrequenz der Früherkennungsuntersuchungen bestand. Die Angehörigen der deutschen Unterschicht nahmen signifikant weniger an den Untersuchungen U1 - U4 teil. Als weitere möglichen Variablen wurden die Aufenthaltsdauer ausländischer Mütter in Deutschland, die Wohnsituation, Schulbildung der Mütter, Kinderzahl und Informationsstand ermittelt. Die Türkinnen schnitten bei all diesen Kriterien am schlechtesten ab. Der Einfluß sozialer und psychosozialer Determinanten auf die Nutzung der Früherkennungsuntersuchungen läßt es sinnvoll erscheinen mehr Gewicht auf den organisatorischen Ausbau zu legen. Die regionale Zunahme behinderter ausländischer Kinder[3] unterstreicht die Dringlichkeit dazu.
Ebenso ist wohl auch der Einfluß sozialer Momente auf die von einigen Autoren (21)(51)[4](74) ermittelte höhere Krankenhauseinweisungsquote ausländischer Kinder zu sehen. An der Spitze der Diagnosehäufigkeiten stehen dabei Infekte der oberen Luftwege und des Magen- Darm- Traktes. Die häufige Berufstätigkeit ausländischer Mütter, die die häusliche Pflege des erkrankten Kindes erschwert, führt oft zu einer Einweisung aus sozialer Indikation. Anderseits bedingt die Berufstätigkeit der Mutter auch eine vermehrte Inanspruchnahme von Krippenpflege der Kinder, die ihrerseits mit einer

[1] Ztschr. Der informierte Arzt, Heft 12/80, S. 13
[2] (51), S. 226 ff.
[3] (51), S. 257
[4] (51), S. 49, S. 58, S. 105

erhöhten Infektgefährdung einhergeht. Eine Zahl mag das verdeutlichen. 1977 waren von 2000 städtischen Kinderkrippenplätzen in München 40 - 50% von Gastarbeitersäuglingen und Kleinkindern bei einem Geburtenanteil von 20% belegt[1]. Ähnliche Ursachen könnte auch die von COLLATZ und Mitarb. (21) häufig gefundenen Haus- und Straßenunfälle ausländischer Kinder haben.

Die Frage nach dem Zusammenhang zwischen Migration und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern wird in der Literatur unterschiedlich beantwortet. Eine West- Berliner Studie[2], die ihre Ergebnisse durch Befragung türkischer Mütter in Berlin und in der Türkei gewann, weist einen erhöhten Anteil türkischer Kinder in West- Berlin mit Stottern, Daumenlutschen und Nägelkauen aus. Eine ähnliche Interviewstudie bei italienischen Baseler Kindergartenkindern fand keinen Unterschied in einem breiten Spektrum von Verhaltensauffälligkeiten zu einheimischen Kindern (29). Eine Vergleichsgruppe in Italien stand nicht zur Verfügung.

ZANELLI (151) setzte sich mit der intellektuellen, affektiven und sozialen Entwicklung von Italienerkindern in Basel in Bezug auf die Struktur der Italienerfamilie auseinander. Die Ursachen von Anpassungsstörungen der Kinder liegen nach seiner Ansicht in der Pflege der Traditionen des Ursprunglandes in der Italienerfamilie. Unter dieser Voraussetzung kommt es zwangsläufig bei der Erziehung der Kinder zu Konfliktsituationen, die durch das Aufeinanderprallen traditioneller Vorstellungen und der Bereitschaft der Kinder Kultur, Gesetze und Mentalität des Landes, in dem sie leben, anzunehmen, bedingt sind. Ein Bruch zwischen Eltern und Kindern ist die häufige Folge dieser Auseinandersetzungen. Ein weiteres belastendes Moment ergibt sich aus der allein auf ökonomische Ziele konzentrierten Aktivität der Eltern, die mit dem Wunsch nach baldmöglichster Rückkehr in die Heimat eng verbunden ist. Die eigene als Provisorium empfundene Lage führt nicht selten dazu, daß die Kinder mehrfach zwischen Heimatland und Gastland den Familienkreis wechseln.

[1] (51), S. 50

[2] (51), S. 148

Diese unstabile Entwicklung der Kinder bedingt eine Reifungsstörung der Persönlichkeit, eine soziale, affektive und intellektuelle Entwicklungsstörung.
Das Kollisionen ethnospezifischer Normensysteme nicht selten Wegbereiter für psychische Krisen bei Jugendlichen aus Gastarbeiterfamilien sind, zeigte FRIESSEM anhand typischer Kasuistiken (34).
Sprachliche Kommunikationsprobleme stellen in der Pädiatrie ein besonderes Handicup dar. Der hohe Stellenwert der Verständigung bei der Erhebung der pädiatrischen Anamnese hat zur Entwicklung eines fünfsprachigen Fragebogens geführt, dessen umfassender Aufbau und einfache Benutzung eine Hilfe für den Arzt im Umgang mit nicht deutschsprechenden Eltern sein kann (53).

5. Diskussion

Die Literatur über die Gesundheitsprobleme der Gastarbeiter bietet hinsichtlich ihrer Wertung zwei verschiedene Ausgangspunkte. Zusammenhänge zwischen dem soziokulturellen Strukturwechsel und der Morbidität sind mit den angewandten Methoden nicht belegbar und gehören weitestgehend in den Bereich der Vermutung. Bei dieser Frage ist es unumgänglich die Morbidität einer möglichst homogen Gruppe in den Herkunftsländern in die Betrachtung mit einzubeziehen. Soziodemographische Merkmale wie Geschlecht, Altersstruktur, Herkunft Stadt oder Land und Schichtzugehörigkeit sind als nosologisch möglicherweise determinierende Faktoren immer zu berücksichtigen. Je nach Betrachtungsgegenstand können sich noch weitere Determinanten ergeben. Selektive Einflüsse, wie die gesundheitlichen Eignungsuntersuchungen in den Herkunftsländern und Aufnahmeländern müssen ebenfalls berücksichtigt werden. Daraus ergeben sich die hohen Ansprüche, die ein transkultureller Vergleich an die Methodik des Untersuchers stellt. Der Idealfall einer Langzeitstudie am gleichen Kollektiv durch den gleichen Untersucher vor und nach der Immigration wäre in der Zeit der organisierten Anwerbung praktikabler gewesen als heute. In der vorliegenden Literatur wurde nur einmal die Zusammenarbeit mit der Bundesanstalt für Arbeit für eine psychiatrische Studie genutzt (45). Hier ist ein wichtiges Versäumnis zu beklagen. Obwohl die Migration ausländischer Arbeitnehmer in die Bundesrepublik heute bei weitem nicht die Größenordnung von 1973 erreicht, bleiben die Probleme einer transkulturellen Nosologie durch die große Zahl von Immigranten (Familienangehörige ausländischer Arbeitnehmer, Asylanten, Spätaussiedler) weiterhin hochaktuell. Wenn im Einzelfall auch nur bedingt übertragbar, können die Ergebnisse auch Trends, die mit soziokulturellen Strukturänderungen im Inland einhergehen, aufzeigen.

Der wohl meist mangels nosologisch- statistischen Materials der Herkunftsländer fast ausschließlich angewandte Vergleich

von Symptom- und Erkrankungshäufigkeiten ausländischer Arbeitnehmer mit der einheimischen Bevölkerung, erfordert ebenfalls eine Wichtung der Vergleichskollektive nach abhängigen Variablen, wenn man differenzierte Ergebnisse gewinnen will. Neben Alter und Geschlecht muß auch die Schichtzugehörigkeit betrachtet werden. Studien, die das berücksichtigten konnten ausnahmslos nachweisen, daß sich vorher bestehende größere Unterschiede in den Ergebnissen reduzierten oder ganz aufhoben.
Dabei erhebt sich die Frage nach der Berechtigung, den Gastarbeiterstatus mit dem der unteren Sozialschicht der Einheimischen gleichzusetzen. Hierbei ist eher noch eine Unterschichtung der Sozialstruktur durch die Gastarbeiter anzunehmen. Das trifft insbesondere für die Gastarbeiter türkischer Nationalität zu. Der überwiegende Teil der meist retrospektiven, auf der Basis von Krankenblättern erstellten Studien enthält keine soziale Wichtung. Das unterschiedliche methodische Vorgehen einzelner Untersucher gestattet kaum einen direkten Vergleich der Ergebnisse. Eine Abstimmung in Form standardisierter Forschungsprogramme wäre hier sinnvoll. Desweiteren weisen die bisherigen Ergebnisse der Untersuchungen daraufhin, daß die ausländischen Arbeitnehmer abweichende Aspekte im Gesundheits- und Krankheitsverhalten, wie auch hinsichtlich ihrer Präsenz in einzelnen Diagnosegruppen zeigen. Verschiedene ethnokulturelle Gegebenheiten der Herkunftsländer, die unterschiedliche Größe der soziokulturellen Schwelle, die durch die Migration überschritten werden muß und auch der damit zusammenhängende Integrationsgrad lassen größere Unterschiede vermuten, als die Literatur sie bisher reflektiert. Es erscheint aus diesem Grunde unzweckmäßig und falsch die Gastarbeiterpopulation zu pauschalieren. Nationale Differenzierung sollte immer vorgenommen werden.

Weit verbreitet zeigt sich die Tendenz, aus den klinisch beobachteten Erkrankungshäufigkeiten Rückschlüsse auf die Gesamtmorbidität zu ziehen. Abweichendes Krankheitsverhalten der Patienten und schnellere Einweisung zur stationären Behandlung auf Grund sprachlicher Verständigungsmängel und anderer sozialer Faktoren intervenieren hierbei als unbe-

kannte Größen und lassen diesen Rückschluß nicht ohne weiteres zu. Weiterhin können Einzelergebnisse, meist kleiner regionaler Bereiche, nicht verallgemeinert werden, dazu ist eine größere vergleichbare Literaturdichte notwendig.
Unter diesen Vorbehalten ergeben sich bei ausländischen Arbeitnehmern im Vergleich zu Einheimischen im deutschsprachigem Raum nach dem derzeitigen Stand der Forschung einige abweichende gesundheitliche Aspekte. Bei männlichen ausländischen Arbeitnehmern im Alter von 20 - 50 Jahren werden klinisch häufiger Ulcera duodeni diagnostiziert und einer Operation zugeführt. Der Operationszeitpunkt hat ein Maximum im 1.- 5.Jahr des Aufenthaltes im Gastland. Der niedrige Sozialstatus, der negativ auf konservative Therapieversuche einwirkt, beeinflußt die höhere Operationsindikationsstellung wesentlich. Die berufliche Rehabilitation magenoperierter Gastarbeiter ist erschwert, weil arbeitsmedizinisch post operationem keine Tätigkeiten mit hoher physischer Beanspruchung und keine Schichtarbeit im 3 Schichtsystem zu vertreten sind. Aber grade in der Palette ungelernter oder angelernter Tätigkeiten, sind diese Kriterien häufig anzutreffen. Daraus ergibt sich die Forderung nach forcierter sozialer Integration und nach einer strengen Indikationsstellung zur Operation.
Quantitative Unterschiede psychischer Erkrankungen zwischen Gastarbeitern und Einheimischen sind in der Literatur nicht belegt. Paranoide Reaktionen, hypochondrisch- depressive Syndrome, psychosomatische Befunde und Sexualneurosen wurden häufig bei Gastarbeitern beschrieben. Bei Jugoslawen wurden häufiger Alkoholpsychosen als bei anderen nationalen Gastarbeitergruppen gefunden. Kasuistisch wird besonders die Prägung der Pathoplastik der psychischen Störungen durch die ethnokulturelle Herkunft deutlich. Daraus ergeben sich für den Praktiker häufig Schwierigkeiten bei der diagnostischen Zuordnung. Als besonderes Handicup bei der Diagnostik und Therapie psychischer Erkrankungen erweist sich die gestörte sprachliche Kommunikationsebene. Neben der Gefahr von Fehldiagnosen führt sie zwangsläufig zu einer Einengung des therapeutischen Angebotes an den nicht der Gastlandessprache

mächtigen Ausländer.
Als besonders hoch stellt sich bei ausländischen Arbeitnehmern das Risiko an einer manifesten Lungentuberkulose im Gastland zu erkranken. Die Inzidenzraten der pulmonalen Tuberkulose liegen bei männlichen Ausländern im Alter von 15 - 40 Jahren doppelt, bei Ausländerinnen sogar mehr als doppelt so hoch wie bei der einheimischen Bevölkerung. Der größte Teil der Infektionen dürfte im Gastland erworben oder aus einer latenten Form manifest geworden sein. Dafür spricht der Häufigkeitsgipfel der Erkrankungen nach Aufenthalt von mehr als 2Jahren im Gastland, die große Anzahl von Primosecundärtuberkulosen und die Untersuchungspraxis vor oder nach der Einreise. Ätiologisch spielen dabei vermutlich die größere Durchseuchungsrate in den Herkunftsländern, der niedrige Impfstand, die Altersstruktur und soziale Faktoren im Gastland eine Rolle. Das Risiko für die epidemiologische Lage im Gastland wird unterschiedlich beurteilt. Der legal eingereiste Gastarbeiter dürfte durch die praktizierte Untersuchungstechnik kaum ein Risikofaktor sein, anders dagegen der illegal oder als Tourist eingereiste tuberkulöse Gastarbeiter. Lückenlose Erfassung und Motivation zur jährlichen Schirmbildkontrolle und BCG- Impfung Tuberkulinnegativer durch Aufklärung über das Erkrankungsrisiko scheint hier vordringlich geboten.
Für die Einschleppung anderer Infektionskrankheiten spielen Gastarbeiter, von wenigen Leprafällen abgesehen, keine besondere Rolle. Das gilt auch für die Helminthosen, die in einer weitaus größeren Häufigkeit bei Gastarbeitern gefunden werden, deren Infektionsketten in Verbindung mit der hygienischen Situation der Gastländer aber keine Ausbreitung zulassen. Auszunehmen sind davon lediglich Oxyureninfektionen besonders in Kinderkrippen und Kindergärten.
Ursachen und klinische Bedeutung eines bei Türken gegenüber Deutschen bestehenden Vit. D Defizites bedürfen noch einer weiteren Klärung.
Eine geringe Teilnahme von Ausländerinnen an den Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen und an den Früherkennungsuntersuchungen der Kinder bestätigen die Richtigkeit der

These, daß die Einstellung zu prophylaktischen Maßnahmen im Rahmen des Gesundheitsverhaltens schichtendeterminiert ist. Die Türken schnitten auch hierbei am schlechtesten ab. Der Impfstand ausländischer Kinder ist häufig unvollständig oder wird erst verspätet erreicht. Der große Anteil ungeimpfter türkischer Kinder an den Poliomyelitiserkrankungen in der Bundesrepublik unterstreicht diese Erhebungen und macht die Dringlichkeit des organisatorischen Ausbaus der bestehenden prophylaktischen Maßnahmen für ausländische Arbeitnehmer deutlich. Modellfall ist eine lückenlose Betreuung von der Schwangerschaft bis zum Schulalter der Kinder, wie sie in anderen europäischen Ländern praktiziert wird.

Ausländische Kinder werden häufiger als deutsche Kinder zur stationären Behandlung eingewiesen. An der Spitze der Krankheitshäufigkeiten stehen Infekte der Luftwege oder des Magen- Darm Kanals. Eine Verbindung mit der häufigeren Berufstätigkeit ausländischer Mütter und der damit verbundenen vermehrten Inanspruchnahme von Krippen- oder Kindergartenpflege ist anzunehmen.
Nach den derzeitigen Erkenntnissen stellen ausländische Arbeitnehmer kaum ein außerordentliches Risiko weder für die epidemiologische Lage noch für die Sozialversicherungen der Gastländer dar. Die ausgeprägten sozialen Momente, die bei allen Gesundheitsproblemen der Gastarbeiter diskutiert werden müssen, machen die Notwendigkeit einer umfassenden Integration deutlich. Der zur Zeit bestehende Zustand kann wohl nur bildlich mit einer " Vernunftsehe " verglichen werden. Die meisten ausländischen Arbeitnehmer wissen, daß ihrökonomisches Potential gebraucht und geschätzt wird, daß sie darüber hinaus aber unbeliebt sind. Die Alternative Rückkehr in die Heimat oder Daueraufenthalt im Gastland scheint noch für viele ungelöst zu sein. Aber erst die Entscheidung für den Daueraufenthalt im ehemaligen " Gastland " kann das Integrationsbegehren des Ausländers motivieren. Die Voraussetzungen dafür sind zur Zeit in der Bundesrepublik nicht allzu gut. Obwohl die Abkehr vom Rotationsprinzip zum Integrationsprinzip eine familiäre Zusammenführung

im Gastland ermöglicht hat, bleibt für den Ausländer, gleich wie lange er sich hier aufhält, daß Ausländergesetz anwendbar. Geringfügige Delikte, wie mehrfacher Verstoß gegen die Straßenverkehrsordnung erlauben hier nach mehr als zwanzig Jahren Aufenthalt noch ein Abschieben in die " Heimat ", wie erst unlängst ein in den Medien publizierter Fall zeigte. Hier ist dringend eine Änderung erforderlich, die den Ausländer nach einer angemessenen Zeit dem Inländer rechtlich gleichstellt und damit mehr Sicherheit für seine Zukunft bietet. Der Bevölkerung muß mehr als bisher deutlich gemacht werden, daß neben humanitären auch politische und vor allem wirtschaftliche Gründe für eine Integration ausländischer Arbeitnehmer sprechen. Grundvoraussetzung jedes Partizipierens am gesellschaftlichen Leben ist für die Ausländer das Erlernen der Gastlandessprache, ein Problem, daß sich weitesgehend auf die erste Generation beschränken wird. Inwieweit sich eine menschliche Annahme der Ausländer durch eine prestigebedachte ausländermüde Population erreichen läßt, wird nicht unwesentlich von der Bereitschaft der Ausländer abhängen äußere Randgruppenmerkmale abzubauen. Die bisherigen Ergebnisse diesbezüglicher Erhebungen lassen ein Parallelverhalten zwischen Integrationswillen und dem Lebensstil vom Wohnungskomfort und den Sprachkenntnissen bis zur Annäherung an die Geburtenzahlen des Gastlandes erkennen.

Insgesamt gesehen,kann die Literatur kaum fundierte Aufschlüsse über die Gesundheitsprobleme ausländischer Arbeitnehmer geben, weil den nur sporadischen Versuchen epidemiologischer Studien einiger Fachbereiche der theoretische Rahmen und der systematische Angang fehlt.

6. Zusammenfassung

Die bisherige Literatur über die Gesundheitsprobleme der Gastarbeiter im deutschsprachigem Raum wird zusammenfassend dargestellt und durch Analyse des methodischen Vorgehens der Untersucher die Aussagefähigkeit über abweichende nosologische Aspekte von den Gastlandpopulationen und hinsichtlich des Zusammenhanges zwischen soziostrukturellem Strukturwandel und Morbidität gewichtet. Da methodisch der transkulturelle Vergleich die Ausnahme darstellt, sind migrationsbedingte Gesundheitsprobleme nicht belegbar. Methodische Unzulänglichkeiten, unzulässige Wertungen und willkürliche Interpretationen verzerren die Morbiditätsunterschiede zwischen Gastarbeitern und Einheimischen. Aus der Literatur belegbar, muß man derzeit bei ausländischen Arbeitnehmern eine erhöhte Operationsmorbidität des Ulkus duodeni, eine erhöhte Inzidenz pulmonaler Tuberkulose, erhöhten Wurmbefall und eine erhöhte Erkrankungsrate ausländischer Kinder an Infekten der Luftwege und des Darmtraktes im Vergleich zu Einheimischen ansehen. Prophylaktische gesundheitliche Maßnahmen werden von ausländischen Arbeitnehmern weniger genutzt, als von Einheimischen. Insgesamt gesehen stellt die gesundheitliche Situation der Gastarbeiter kein bemerkenswertes epidemiologisches oder versicherungsrechtliches Risiko für die Gastländer dar. Der Einfluß der sozialen Situation auf den Gesundheitszustand und auf das Gesundheitsverhalten ausländischer Arbeitnehmer muß mehr als bisher beachtet werden. Daraus resultiert die Forderung die Integrationsbemühungen stärker als bisher voranzutreiben.

LITERATURVERZEICHNIS

1 ALBRECHT, G., Gesundheitsvor- und fürsorge für ausländische Arbeitnehmer, Prakt. Arzt 4, 488-505 (1973)

2 ARENS, F. J., Seuchenhygienische Gesichtspunkte bei der Lungentuberkulose der Gastarbeiter, Öff. Gesundh.- Wesen 32, 191- 97 (1967)

3 ASPÖCK, H., FLAMM, H. u. PICHER, O., Infektionen mit Darmparasiten bei koreanischen Krankenschwestern in Wien, Wien. klin. Wschr. 85, 276- 77 (1973)

4 BENKERT, H., FLORU, L. u. FREISTEIN, H., Psychische Störungen bei ausländischen Arbeitnehmern, die zur stationären Behandlung in die Psychiatrische Klinik eingewiesen wurden, Nervenarzt 45, 76- 87 (1974)

5 BESKE, Versagen der Aufenthaltserlaubnis bei Lungentuberkulose, Öff. Gesundh.- Wesen 35, 197 (1973)

6 BIENER, K. u. BORBELY, P., Betriebsunfälle bei Gastarbeitern, Therap. Umschau 32, 547- 51 (1975)

7 BINDER, J. u. SIMOES, M., Sozialpsychiatrie der Gastarbeiter, Fortschr. Neurol. Psychiat. 46, 342- 59 (1978)

8 BÖKER, W. u. SCHWARZ, R., Über Entstehung und Verlauf akuter paranoider Reaktionen im Zusammenhang mit Kulturwandel und Migration, Nervenarzt 48, 19- 24 (1977)

9 BÖKER, W., Zur psychischen Morbidität ausländischer Arbeitnehmer (Gastarbeiter) in der BRD, Öff. Gesundh.- Wesen 39, 720- 32 (1977)

10 BOER, H. A. de, Gesundheitsprobleme in Bezug auf die ausländischen Arbeitskräfte in den Niederlanden, Med. Sachverst. 63, 42- 45 (1967)

11 BORN, M., ELMADFA, I. u. SCHMAHL, F. W., Auswirkungen eines periodischen Flüssigkeits- und Nahrungsentzuges, Münch. med. Wschr.121, 1569-72 (1979)

12 BREITEL, K., Unfallverhütungsbericht 1973, Sicher ist sicher 6, 252- 57 (1973)

13 BUDDE, H., Junge Ausländer- Stiefkinder? Journal G 7/8, 4 (1976)

14 BUNDESANSTALT FÜR ARBEIT, Repräsentativuntersuchung `72, Nürnberg 1973

15 BUNDESANSTALT FÜR ARBEIT, Ausländische Arbeitnehmer 1972/73, Nürnberg 1974

16 BUNDESAMT FÜR STATISTIK, Wiesbaden, Statistisches Jahrbuch 1979

17 BUNDESGESUNDHEITSAMT, Infektionskrankheiten und internationaler Reiseverkehr, Bundesgesundheitsblatt 18, 211- 14 (1975)

18 BURCKHARDT-TAMM, E. u. PFUND, Th., Gastarbeiterinnen und Schwangerschaftsabbruch, Therap. Umschau 32, 577- 79 (1975)

19 CHRISTIAN, W., Krankenhausstatistik 1973, Bundesgesundhbl. 18 Nr. 10 vom 16. Mai 1975

20 CLADE, H., Feiern Gastarbeiter in der Bundesrepublik weniger krank? Dtsch. Ärztebl. 48, 3162-63 (1972)

21 COLLATZ, J., NATZSCHKA, J. u. SCHWOON, D., Krankheiten, Einweisungshäufigkeit und Krankheitsverläufe bei ausländischen Kindern im Krankenhaus, Öff. Gesundh.- Wesen 39, 746-58 (1977)

22 COLLATZ, J. u. SCHMOLL, H. J., Ein sozialmedizinischer Beitrag zur Problemdiskussion über den Gesundheitszustand und die medizinische Versorgung der ausländischen Arbeitnehmer, Öff. Gesundh.- Wesen 35, 449-58 (1973)

23 DELGADO, J. M., Anpassungsprobleme der spanischen Gastarbeiter in Deutschland, Dissertation, Köln 1966

24 DEMLING, L., Behandlungsprobleme bei Gastarbeitern, Therapiewoche 7, 187 (1967)

25 EIMEREN, W. van, Gesichtspunkte und Probleme bei der medizinischen Auswahl ausländischer Arbeitskräfte und Praktikanten, Med. Sachverst. 65, 197- 204 (1969)

26 ENDL, J. u. SCHALLER, A., Mißbildungshäufigkeit unter Neugeborenen von Gastarbeiterinnen, Wiener klin. Wschr. 85, 718- 20 (1973)

27 ENDL, J. u. TATRA, G., Die Gastarbeiterin als Patientin einer gynäkologischen Klinik, Wiener klin. Wschr. 86, 100-102 (1974)

28 ENDL, J. u. TATRA, G., Geburtshilfliche Aspekte bei Gastarbeiterinnen, Wiener klin. Wschr. 86, 102-105 (1974)

29 ERNE, H., MÜLLER, H.R.M. u. URBANCZIK, A., Migration und Verhaltensauffälligkeiten bei Basler Kindergartenkinder, Sozial- u. Präventivmed., 23, 244- 45 (1978)

30 FERNEX, M., Gesundheitsprobleme bei Gastarbeitern, Praxis 63, 1513- 16 (1974)

31 FLORU, L., Transkulturelle Aspekte der klinisch- psychiatrischen Bilder ausländischer Arbeitnehmer (Gastarbeiter)und deren Bedeutung für die nervenärztliche Praxis, Conf. psychiat. 18, 193- 206 (1975)

32 FRIESSEM,D., Gesundheitsprobleme ausländischer Arbeitnehmer, Journal G, Sonderdruck 13.8.1975

33 FRIESSEM, D., Gesundheitsprobleme ausländischer Arbeiter in Westdeutschland, Argument 69, 645-54 (1971)

34 FRIESSEM, D., Jugendliche aus Gastarbeiter- Familien, Kinderpsych. u. Kinderpsychiatr. 24, 7-10 (1975)

35 FRIESSEM, D., Psychiatrische und psychosomatische Erkrankungen ausländischer Arbeiter in der BRD, Psychiat. Neurol. med. Psychol., 26, 78- 90 (1974)

36 FRITZE, F., Die sozialversicherungsrechtliche Stellung ausländischer Arbeitnehmer, Gesundheitsfürsorge 16, 31- 35 (1966)

37 FRITZE, K. O., Zwangsläufigkeiten und Risiken der Ausländerbeschäftigung, ASP 8, 26-27 (1973)

38 GÄRTNER, H. u. GRABENER, J., Zur Epidemiologie der Lungentuberkulose, Öff. Gesundh.- Wesen 39, 96- 104 (1977)

39 GERMER, W. D., Mit welchen in Deutschland weniger bekannten Infektionen muß man bei Gastarbeitern aus dem Mittelmeerraum rechnen? Internist 7, 591- 94 (1966)

40 GIROTTI, M. u. HAUSER, G. A., Menstruationsstörungen bei Italienerinnen nach Immigration in die Schweiz, Therap. Umschau 32, 580-81 (1975)

41 GMELIN, W., Ärztliche Probleme der Gastarbeiter in der Bundesrepublik, Ärztl. Praxis 17, 886- 90 (1965)

42 GOEBEL, F.D., Der Gastarbeiter als Patient in Praxis und Klinik, Münch. med. Wschr. 121, 1559- 60 (1979)

43 GROEPER, H.J., Erfahrungen bei der Untersuchung von Arbeitern aus Jugoslawien durch die Deutsche Delegation in Jugoslawien der Bundesanstalt für Arbeit, Diss., Münster 1973

44 GYR, K., GEMSENJÄGER, E. u. MEIER, A.L., Epidemiologische Aspekte des Ulcus duodeni beim Gastarbeiter, Praxis 61, 14- 19 (1972)

45 HÄFNER, H., MOSCHEL, G. u. ÖZEK, M., Psychische Störung. bei türkischen Gastarbeitern, Nervenarzt 48, 268- 75 (1977)

46 HÄUSSLER, S., Der Gastarbeiter in der Allgemeinpraxis, ASP 9, 65- 67 (1974)

47 HARTL, O. u. PÜRGYI, P., Die Ulcuskrankheit bei Gastarbeitern, Wiener Med. Wschr. Nr. 11, 169- 71 (1975)

48 HASENKNOPF, O., Blutdruck und Beschwerden bei griechischen Gastarbeitern in Deutschland, Diss.

Gießen 1968

49 HAUSER, G.A. u. TAPIA, J.E., Ausländerinnen in der Schweiz- Andere oder mehr Frauenkrankheiten? Therap. Umschau 32, 552-59 (1975)

50 HEIN, J., Gefahren der Einschleppung von Tuberkulose durch Gastarbeiter und deren Angehörige, Int. 7, 594- 601 (1966)

51 HELLBRÜGGE, Th., Die Kinder ausländischer Arbeitnehmer (in Fortschritte der Sozialpädiatrie 5), Urban u. Schwarzenberg, München- Wien- Baltimore 1980

52 HERMANN, H., Gastarbeiter und Berufskrankheiten, Therapiewoche Nr. 9, 260- 62 (1967)

53 HERTL, M., Fragebogen zur Krankheitserkennung für fremdsprachige Eltern kranker Kinder, Med. Klin. 69, 646- 51 (1974)

54 HINKMANN, B., Die Tuberkulose der Gastarbeiter, Diss. München 1967

55 HÖFLING, H.J., JONAS, R., BRUSIS, E., LOCHMÜLLER, H., SELBMANN, H.K., HOLZMANN, K. u. ZANDER,J., Perinatale Letalität bei Gastarbeiterinnen, Geburtsh. u. Frauenheilk. 35, 169- 72 (1975)

56 HOESCHEL, E., Systematik und Individualtät ärztlichen Untersuchungen bei den Auslandsdienststellen der Bundesanstalt für Arbeit, ASP 8, 28- 30 (1973)

57 HOESCHEL, E., Wie kommen die ausländischen Arbeitnehmer in die Bundesrepublik- Voraussetzungen und Erfahrungen-, Dtsch. Med. J. 23, 678- 81 (1972)

58 HOFFMANN, L., Erkrankungen bei Ausländern in der Bundesrepublik Deutschland, Med. Klin. 73, 571- 78 (1978)

59 HORN, J. u. HERFARTH, Ch., Das Gastarbeiterulkus, Med. Klin. 73, 1417- 21 (1978)

60 JAUSSI, N., Die Betreuung der ausländischen Arbeitskräfte, Präventivmed. 8, 361- 69(1963)

61 KAPP, H., Ernährungsprobleme bei Gastarbeitern, Thera-

piewoche 9, 256- 59 (1967)

62 KARLHUBER, F., Die epidemiologische Bedeutung der Gastarbeitertuberkulose, Wien. Med. Wschr. 43, 904- 07 (1968)

63 KLEIN, E. u. POHLE, D., Die seuchenhygienische Bedeutung von Helminthosen- Untersuchungen bei Krankenhausgastarbeitern, Dtsch. Med. J. 23, 401- 02 (1972)

64 KLERGMANN, H.W., Probleme zahnärztlicher Betreuung ausländischer Arbeitnehmer, Zahnmed. 11, 593- 96 (1972)

65 KRAIKER, H., GRUSKA, H., Ärztliche Untersuchung und Vermittlung von Gastarbeitern aus Spanien und Portugal, Öff. Gesundh.- Wesen 33, 445- 52 (1971)

66 KRENTZ, K., Therapie der Verdauungskrankheiten bei Gastarbeitern, Therapiewoche 8,221-27 (1967)

67 LAFFRANCHINI, Sp., Psychiatrische und psychotherapeutische Probleme der italienischen Arbeiter in der Schweiz, Praxis 26, 786-95 (1965)

68 LANGE, H.J., Problematik und Fehlerquellen von Syntropieuntersuchungen aus der Sicht des Statistikers, Internist 11, 216- 22 (1970)

69 LANGMANN, R., Die Problematik ausländischer Arbeitnehmer aus ärztlicher Sicht, Jahrbuch der Akademie für Staatsmedizin 1968, Düsseldorf, 36- 39

70 LEICHSENRING, Ch., Gastarbeiter sind besonders unfallgefährdet, Dtsch. Ärztebl. 48,3161-62(1972)

71 LÜDERS, G., Hautkrankheiten bei Gastarbeitern, Berufsgen. 18, 323- 37 (1970)

72 LUETH, P., Beiträge zur Sozialmedizin, Stuttgart, Hippokrates 1975

73 LUKAS, W., Epidemiologie der extrapulmonalen Tuberkulose, Praxis Pneumol. 31, 695- 701(1977)

74 MALHOTRA, M.K., Gastarbeiterkinder aus der Sicht der ärztlichen Praxis, Fortschr. Med. 93,

1241- 42 (1975)

75 MARQUARDT, W., Orthopädische Erkrankungen bei Gastarbeitern, Therapiewoche Nr. 9, 263-64 (1967)

76 MATURI, G., Das Problem der Arbeitssicherheit bei ausländischen Arbeitern, Mod. Unfallverh.10, 28-29 (1965/66)

77 MILBRADT, R., Die Problematik der Gonorrhoe- Behandlung bei Ausländern und Gastarbeitern, Hautkr. 52, 35- 36 (1977)

78 MINISTER FÜR ARBEIT, GESUNDHEIT UND SOZIALES DES LANDES NORDRHEIN- WESTFALEN, Jahresbericht der Gewerbeaufsicht des Landes NRW 1971, Düsseldorf 1972,141-43

79 MITTEILUNGEN, Vier Millionen Ausländer Dtsch. Med.Wschr. 99, 1386 (1974)

80 MOHR, W., Infektions- und Tropenkrankheiten als diagnostische und Behandlungsprobleme bei Gastarbeitern, Therapiewoche 9, 249-55(1967)

81 MONTINI, A., Probleme des Ausländers im Krankenhaus aus kassenärztlicher Sicht, Gesundheitsfürsorge 16, 26- 28 (1966)

82 MÜHLEN, H. von der, Schwangerschaftsabbruchbegehren bei Angehörigen ausländischer Arbeitnehmer, Geburtsh. u. Frauenheilk.38,858-61(1978)

83 MÜHLMANN, W. E., Soziologische und sozialpsychologische Probleme italienischer Gastarbeiter, Med. Sachverst. 63, 35-39 (1967)

84 MÜLLER, R. M., Gastarbeiter- Fremdarbeiter, Therap. Umschau 32, 542- 46 (1975)

85 MÜNSTERBERG, H., Das Gastarbeiterproblem in der Bundesrepublik, Kurz und Gut 5, 9-10 (1971)

86 NESSWETHA, W., Der ausländische Arbeitnehmer in der werkärztlichen Sicht, Dtsch. Med. J. 23, 682-85 (1972)

87 NEUMANN, G., Die Tuberkulose in Rheinland- Pfalz 1966, Prax. Pneumol. 21, 546- 51 (1967)

88 NEUMANN, G., Die Tuberkulose ausländischer Arbeiter, Dtsch. med. Wschr. 90, 219- 21 (1965)

89 NEUMANN, G., Tuberkulose der Ausländer- Außmaß und Bedeutung, Arbeitsmed. Sozialmed. Präventivmed. 2, 35- 38 (1973)

90 OERI, H. u. ROSETTI, M., Das Ulcus der Gastarbeiter, Helv. chir. Acta, 64- 69 (1966)

91 OFFERMANN, G., Immigranten- Osteomalazie in Deutschland, Dtsch. Med. Wschr. 103, 1387- 88 (1978)

92 OFFERMANN, G., Osteomalazie bei türkischen Gastarbeitern, Inn. Med. 5, 103- 11 (1978)

93 PAULI, H., Die Unterbringung ausländischer Arbeitnehmer, Öff. Gesundh.- Wesen 36, 197-201 (1974)

94 PETERS, H., Befallhäufigkeit mit Eingeweidewürmern bei ausländischen Arbeitnehmern, Öff. Gesundh.- Wesen 36, 187- 96 (1974)

95 PETERS, H., Befallshäufigkeit mit intestinal- pathogenen Würmern bei Einheimischen und Gastarbeitern, Münch. med. Wschr. 12, 425- 31 (1971)

96 PFISTER, R., Über das Vorkommen von Hautkrankheiten bei Gastarbeitern, Fortschr.Med.84,817-20(1966)

97 PFLANZ, M., HASENKNOPF, O. u. COSTAS, P., Blutdruck und funktionelle Beschwerden bei Gastarbeitern, ein transkultureller Vergleich, Arbeitsmed. Sozialmed. Arbeitshyg.5, 181-85(1967)

98 PINTER, E., Psychische Morbidität der südländischen und osteuropäischen Emigranten in der Schweiz, Soc. Psychiat. 3, 143-48 (1968)

99 POECK, K., Hypochondrische Entwurzelungsdepressionen bei italienischen Arbeitern in Deutschland, Dtsch. med. Wschr. 87, 1419- 24 (1962)

100 POHL, U., Tuberkulose bei Gastarbeitern, Öff. Gesundh.- Wesen 32, 565- 69 (1967)

101 PÜLTZ, H., Die Gastarbeiterunfälle 1964/ 66 in der gewerblichen Wirtschaft der Bundesrepublik, Berufsgenossenschaft, Sonderheft 1968, 20- 25

102 QUAQUISH, I., BURKHARDT, H.U. u. HEILMANN, K.L., Magenerkrankungen bei ausländischen Arbeitnehmern in der Bundesrepublik Deutschland,

Münch. med. Wschr. 121, 1563-65 (1979)

103 RICHTER, K., Psychologische Probleme und neurologisch-psychiatrische Erkrankungen der Gastarbeiter, Therapiewoche,H.8, 228-34(1967)

104 RIEDESSER, P., Psychische Störungen bei ausländischen Arbeitern in der Bundesrepublik Deutschland, Jb. Dtsch. Caritasverb.1973,161-75

105 RIETH, H., Mykotische Infektionen bei Gastarbeitern, Arbeitsmed. Sozialmed. Arbeitshyg. 6, 162-64 (1972)

106 RIMBACH, E., Geburt bei Ausländerinnen, Therapiewoche 9, 265 (1967)

107 RÖLLINGHOFF, W., Behandlungsprobleme bei Gastarbeitern und ausländischen Praktikanten, Fortschr. Med. 84, 633-36 u. 742-44 (1966)

108 SCHLIEMANN, F. u. SCHLIEMANN, G., Über den Geburtsverlauf bei Ausländerinnen, Geburtsh. u. Frauenheilk. 35, 210- 17 (1975)

109 SCHMITT, K., Helminthologische Probleme bei Gastarbeitern, Zbl. Arbeitsmed. 4, 104-10(1973)

110 SCHMOLL, H.G. u. COLLATZ, J., Symposium über die medizinische Versorgung ausländischer Arbeitnehmer am 26. und 27.1.1973 in Hannover, Arbeit u. Leistung, 192- 94 (1973)

111 SCHMOLL, H.J., Zum Krankenstand der ausländischen Arbeitnehmer, Münch. med. Wschr.115,2280-84 (1973)

112 SCHOLZ, J.F., Ausländische Arbeitnehmer als Arbeitskräfte und als Patienten, ASP 8, 25 (1973)

113 SCHOLZ, J.F., Der Ausländer als Patient- ärztliche und sozialmedizinische Gedanken, Gesundheitsfürsorge 16, 22-26 (1966)

114 SCHOLZ, J.F., Die Bedeutung der Voruntersuchungen von Gastarbeitern für den behandelnden Arzt, Therapiewoche 8, 220- 21 (1967)

115 SCHOLZ, J.F., Gastarbeiter im deutschsprachigen Raum, Dtsch. Med. J. 23, 689- 91 (1972)

116 SCHOLZ, J.F., Gesundheitliche und ärztliche Probleme der

wachsenden Beschäftigung ausländischer Arbeitskräfte, Ärztl. Mittlg. 3,133-38(1961)

117 SCHOLZ, J.F., Gesundheitliche Probleme bei ausländischen Arbeitnehmern, Öff. Gesundh.- Wesen 36, 1- 8 (1974)

118 SCHOLZ, J.F., Trägt die Bundesanstalt für Arbeit Krankheits- und Rückführungskosten für ausländische Arbeitskräfte? Ärztebl. Baden-Würtemberg 11, 665- 66 (1973)

119 SCHON, K., Helminthologisch- epidemologische Untersuchungen an mediterranen Arbeitern in Deutschland, Arch. Hyg. 152, 119-31(1968)

120 SCHON, K. u. BECKENKAMP, H.W., Hakenwurmbefall bei Gastarbeitern aus Brasilien, Med. Klin. 67, 540- 44 (1972)

121 SCHREML, W., Anämien bei Gastarbeitern, Zeitschr. f.Allgemeinmed. 53, 633- 38 (1977)

122 SCHULTZE-NAUMBURG, R. u. SCHOLTES,G., Entbindungen bei Ausländerinnen, Med. Klin. 71,63-67(1976)

123 SCHWARZ, H.G., Der Türke als Gastarbeiter und als Einwanderer, Castellania 2, 219-46 (1974)

124 SEDLACZEK, G., Ausländer im Wartezimmer und in der Sprechstunde einer Allgemeinpraxis, ASP8, 30- 33 (1973)

125 SEDLACZEK, G., Der ausländische Arbeitnehmer in der Kassenpraxis, Dtsch.Med.J.23,686-89(1972)

126 SEIDEL, H., Tuberkulose, Lungenechinococcus, Therapiewoche 7, 188- 92 (1967)

127 SIEVERS, S., Ausländische Patientinnen in der Frauenklinik Mannheim der Universität Heidelberg, Fortschr. Med. 92, 1007- 08 (1974)

128 SILOMON, H., Der ausländische Arbeitnehmer im Vertrauensärztlichen Dienst,ASP 7, 140-42 (1975)

129 SLUKA, F., Medizinische Probleme bei der Beschäftigung ausländischer Arbeitskräfte, Wiener Med. Wschrft. 24, 622- 26 (1967)

130 STERLY, J., Kulturanthropologische Aussagen zum Gesundheits- und Krankheitsverhalten. Einführ-

ung in das Verständnis der Krankheitssituation ausländischer Arbeiter in Deutschland, Prophylaxe 11/12, 14- 19 (1973)

131 STEUER, W. u. SCHEUREN, W., Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes bei Unterbringung ausländischer Arbeiter, Gesundheitsdienst 24, 89- 95 (1962)

132 STEUER, W., Die Aufgaben des Gesundheitsamtes bei der gesundheitlichen Überwachung und Unterbringung ausländischer Arbeitskräfte, Bundesgesundheitsbl. 7, 401- 04 (1964)

133 STORCK, H. u. SCHWARZ, K., Zur Diagnose und Differentialdiagnose von Lepra- Einzelfällen, Schweiz. Med. Wschr. 97, 297- 303 (1967)

134 STRASSER, H., Immigration und psychische Gesundheit, Fortschr. Med. 84, 529- 30 (1966)

135 STROBEL, E., Beteiligung der Gastarbeiterinnen an der Schwangerenvorsorge, Fortschr. Med. 93, 1301- 08 (1975)

136 STRUNDEN,H., Ausländische Arbeitnehmer in Deutschland aus zahnärztlicher Sicht, Quintessenz 25, 141- 44 (1974)

137 SZAGUNN, I., Die Tuberkulose ausländischer Arbeitnehmer, Soz. Arb. 12, 535- 39 (1965)

138 TRINKS, W., Welche echten arbeitsmedizinischen und epidemiologischen Gefahren bestehen durch den Wurmbefall der Gastarbeiter? Arbeitsmed. Sozialmed. Präventivmed. 3, 66- 68 (1973)

139 VIEFHUES, H., Der Ausländer im Krankenhaus, Gesundheitsfürsorge 16, 21- 22 (1966)

140 VÖGTLE-JUNKERT, U., Wurmbefall bei ausländischen Arbeitnehmern, Med. Klin. 70, 1920- 27 (1975)

141 VOIGT, D., Gesundheitsverhalten, Stuttgart,Kohlhammer1978

142 WALLGRÜN, G., Der ausländische Patient- eine Aufgabe für den Sozialdienst im Krankenhaus, Gesundheitsfürsorge 16, 28- 31 (1966)

143 WARMKE,G., Berufliche Rehabilitation auch für ausländische Arbeitskräfte, ASP 8,34-35(1973)

144 WEINBERG, A.A., Beeinträchtigung der geistigen Gesundheit infolge von Wohnortwechsel und Einsamkeit und Möglichkeiten der Prävention, Psychother. med.Psychol.19,45-51 (1969)

145 WEISE, H.J., Internationaler Reiseverkehr und meldepflichtige übertragbare Krankheiten in der Bundesrepublik Deutschland, Bundesgesundheitsbl. 18, 201- 10 (1975)

146 WITTE, S., Hämatologische Erkrankungen bei Gastarbeitern, Therapiewoche 7, 193- 95 (1967)

147 WITTLINGER, H., HOHLWEG-MAJERT, P. u. SIEVERS, S., Schwangerschaft und Geburt bei Gastarbeiterinnen, Med. Klin. 72, 33- 38 (1977)

148 WITTLINGER, H., BECK, H.O. u. BRANDER, U., Zur Problematik der Ausländerentbindung, Geburtsh. u. Frauenheilk. 31, 1174- 83 (1971)

149 WOLLENSAK, J., Augenärztliche Therapieprobleme bei Gastarbeitern, Therapiewoche 7,196-99(1967)

150 WÜRSCH, J.G., HESS, S., WALSER, R., KOELZ, H.R., PELLONI, S., VOGEL, E., SCHMID, P. u. BLUM, A.L., Die Epidemiologie des Ulcus duodeni, Dtsch. med. Wschr. 103, 613- 19 (1978)

151 ZANELLI, R., Zur Problematik der intellektuellen, affektiven und sozialen Entwicklung von Italienerkindern in Basel in bezug aud die Struktur der Italienerfamilie, Therap.Umschau 30, 86- 89 (1973)

152 ZEDTWITZ, J. von, Ulcus duodeni der Ausländer, Ärztl. Praxis 23, 2556 (1971)

153 ZIERIS, E., Wohnverhältnisse von Familien ausländischer Arbeitnehmer in Nordrhein- Westfalen, Minist. für Arbeit, Gesundheit und Soz. des Landes NRW Düsseldorf 1971

154 ZWINGMANN, Ch., Die Heimwehreaktion alias " pothopatrialgia ", Arch. für Psychiat. 201, 445-64 (1961)

Herrn Prof. Dr. med. H. Viefhues, Direktor des Institutes für Sozialmedizin der Ruhr- Universität Bochum, danke ich für die Überlassung des Themas und für die Unterstützung bei der Durchführung und Korrektur dieser Arbeit.

Den Herrn W. Dieckmann und F.J. Land danke ich für die Unterstützung bei der Literaturbeschaffung und bei der formalen Gestaltung der Arbeit.

Lebenslauf

Ich wurde am 7.1.1943 in Königs- Wusterhausen geboren. Nach dem Besuch der Grundschule von 1949 - 1957 besuchte ich von 1957 - 1961 die Erweiterte Oberschule in Königs- Wusterhausen. Nach dem Abitur im Jahre 1961 leistete ich meine Wehrpflicht bis 1963 ab. Nach einem dreimonatigem Krankenpflegepraktikum nahm ich im September 1963 ein Medizinstudium an der Medizinischen Fakultät der Humboldt- Universität in Berlin auf. Das Staatsexamen legte ich nach sechsjähriger Studienzeit 1969 mit dem Prädikat " gut " ab. Danach folgte eine zweieinhalbjährige Facharztausbildung im Fach Anästhesie, zunächst im Kreiskrankenhaus Königs- Wusterhausen und ab 1971 im Bezirkskrankenhaus Frankfurt/ Oder. 1972 wechselte ich in meiner Ausbildung zur Allgemeinmedizin und legte 1975 meine Facharztprüfung in Frankfurt/ Oder ab. Bis zu meiner Flucht in die Bundesrepublik Deutschland im August 1977 war ich als Allgemeinmediziner in Frankfurt/ Oder und Berlin tätig. In der Bundesrepublik übernahm ich 1978 nach viermonatiger Mitarbeit in einer Allgemeinpraxis die Leitung des Werkarztzentrums Lünen, daß der arbeitsmedizinischen Versorgung kleiner und mittelständischer Betriebe nach dem Arbeitssicherheitsgesetz dient.